

Guiomar Maria Branquinho Dourado Teixeira

AGRESSIVIDADE E ÍNDICE DE APGAR

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM TERAPIA OCUPACIONAL

2010

Instituto Politécnico do Porto
Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto

Agressividade e Índice de Apgar

Guiomar Maria Branquinho Dourado Teixeira

2010

Dissertação apresentada no Mestrado em Terapia Ocupacional, Área de Especialização Saúde Mental, Escola Superior de Tecnologias da Saúde, Instituto Politécnico do Porto, orientada pelo Professor Doutor António José Marques (E.S.T.S.P.- I.P.P.).

RESUMO

A agressividade é o comportamento que surge transversalmente como queixa isolada ou a par de outras queixas na maioria das crianças com e sem doença, que procuram apoio em saúde mental infantil. Nessas crianças, e a partir da recolha dos dados anamnesicos, tem-se verificado a constância de registo, no Livro do Bebê, de Índice de Apgar ≤ 9 ao primeiro minuto.

Este estudo *exploratório* pretendeu analisar a hipótese teórica de que o *Índice de Apgar abaixo de 10* ao primeiro minuto pode ser *representativo de sofrimento fetal intraparto ou perinatal* e assim *fragilizar os circuitos neuronais das emoções* tendo como consequência o surgimento, ao longo do desenvolvimento infantil e juvenil, de *dificuldades na capacidade de gestão ou controlo das emoções, com comportamentos opositivos e/ou agressivos, como resposta defensiva de luta e fuga.*

Utilizou-se uma amostra de crianças inscritas no serviço de consulta externa de saúde mental infantil e juvenil, e verificou-se se as queixas de perturbação do comportamento com agressividade, formuladas no momento do acolhimento ao serviço, estão relacionadas com o Índice de Apgar ≤ 9 ao primeiro minuto e/ou com os registos de sofrimento fetal.

Procurou-se, numa amostra aleatória de crianças sem queixa formulada no serviço de consulta externa de saúde mental infantil e juvenil, perceber as diferenças ou semelhanças dos registos de nascimento relativamente à amostra de crianças inscritas. Foi ainda auscultada a opinião dos profissionais dos serviços de obstetria e neonatologia – pediatria, mediante a aplicação de um questionário, no sentido de recolher as opiniões dos profissionais de saúde que lidam com o parto, que avaliam o Índice de Apgar dos recém – nascidos e que os seguem durante as primeiras horas ou dias de vida.

Das conclusões a que chegamos, salienta-se que o sofrimento fetal intraparto pode ser predictor de dificuldades de controlo emocional traduzidas em alterações do comportamento com agressividade em situações de stress. Não se conclui que o Índice de Apgar ≤ 9 pode ser predictor de alterações do comportamento com agressividade em situações de stress, uma vez que os registos de ocorrências de sofrimento fetal intraparto e os registos do Índice de Apgar ao primeiro minuto são, na amostra de crianças com queixa, díspares, relacionando-se no entanto de modo estatisticamente significativo na amostra de crianças sem queixa.

No entanto, e apesar das dificuldades metodológicas, fica a certeza de haver mais percursos a percorrer nesta direcção para a compreensão dos distúrbios emocionais e a agressividade.

ABSTRACT

Aggressiveness is a behavioral trait which comes across as a complaint by itself or together with other symptoms in most children, with or without disease, who seek support in child mental health services. Among those children and from the collection of histories given, it has been possible to check the constancy of the ≤ 9 Apgar in the first minute, recorded in the Book of the Baby.

This exploratory study sought to examine the theoretical hypothesis that the Apgar score less than 10 in the first minute may be representative of intrapartum or perinatal fetal distress and thus weaken the neural circuitry of emotion resulting in the emergence along the child and youth development process difficulties in the ability to manage or control of emotions with oppositional and/or aggressive behaviors as a defensive response of fight or flight.

It was used a sample of children enrolled in the outpatient service for child and youth mental health and found that complaints of disturbance of conduct with aggressiveness made at the time of the reception service are related to the Apgar score at first minute and or with records of fetal distress.

A random sample of children without complaint in the service of external consultation was investigated in order to understand the differences or similarities of birth records for the sample of children enrolled. The views of neonatology, obstetrics and pediatrics services professionals were also requested by applying a questionnaire to collect the opinions of health experts who deal with childbirth, assess the Apgar score of newborns and follow them during the first hours or days of life.

Of the conclusions reached should be noted that the intrapartum fetal distress may be predictor of difficulties in emotional control translated into behavioral changes in aggressiveness under stress.

It wasn't possible to conclude that the Apgar score ≤ 9 may be predictor of behavioral changes with aggressiveness under stress since the records of occurrences of intrapartum fetal distress and records of Apgar score in the first minute are very disparate in the sample of children with complaints.

However, despite the methodological difficulties is to make sure there are more paths to go in this direction for the understanding of emotional disorders and aggressiveness.

RESUMÉ

L'agressivité est le comportement qui apparaît comme une plainte par lui-même ou avec d'autres symptômes dans la plupart des enfants avec et sans la maladie qui cherchent de l'aide aux services de santé mentale infantile.

Parmi ces enfants et de la collecte des données anamnestiques on a vérifié la constance de l'enregistrement dans le Carnet du Bébé de score d'Apgar ≤ 9 à la première minute.

Cette étude exploratoire a cherché à examiner l'hypothèse théorique que le score d'Apgar inférieur à 10 à la première minute peut être représentant d'une souffrance fœtale intrapartum ou périnatale et donc affaiblir les circuits neuronaux des émotions, ce qui entraîne l'émergence, sur le développement des enfants et des jeunes en difficulté dans la capacité de la gestion ou le contrôle des émotions, avec des comportements d'opposition et / ou agressifs comme une réponse défensive de combat ou de fuite.

Nous avons utilisé un échantillon d'enfants inscrits dans les consultations externes des services de santé mentale chez les enfants et les adolescents, et on a constaté que les plaintes de comportements nuisibles à l'agression, faite au moment de la réception du service, sont liées à la score d'Apgar ≤ 9 à la première minute et / ou aux enregistrements de détresse foetale.

On a essayé, dans un échantillon aléatoire d'enfants sans se plaindre au service de soins ambulatoires de santé mentale des enfants et des adolescents à comprendre les différences ou les similitudes des actes de naissance pour l'échantillon d'enfants scolarisés. On a en outre évalué l'opinion des professionnels des services d'obstétrique et de néonatalogie - pédiatrie, en appliquant un questionnaire pour recueillir les opinions des professionnels de la santé qui s'occupent de l'accouchement, qui évaluent le score d'Apgar des bébés - nés et qui les suivent pendant les premières heures ou les jours de la vie.

Parmi les conclusions, il est noté que la détresse de l'accouchement du fœtus peut être prédictif de difficultés dans la maîtrise des émotions traduites par des changements dans le comportement avec agression dans des situations stressantes.

On peut pas conclure que le score d'Apgar ≤ 9 peut être prédictif de comportement agressif dans des situations stressantes, puisque les comptes rendus d'événements d'une souffrance fœtale intrapartum et les enregistrements du score d'Apgar à la première minute sont dans l'échantillon d'enfants plainte, disparates, se corrélant, pourtant, de façon statistiquement significative dans l'échantillon des enfants sans plainte.

Cependant, malgré les difficultés méthodologiques, il est sûr d'avoir plusieurs routes pour aller dans ce sens pour la compréhension des troubles affectifs et l'agression.

Aos meus filhos,

Porque nasceram.

Porque viveram comigo o turbilhão de emoções da *passagem para a Luz* e me fizeram sentir capaz.

Ainda que acompanhado de sofrimento, dar à luz é o sublime marco da continuidade.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não teria sido possível sem o apoio e a disponibilidade de algumas pessoas, a quem deixo o meu sincero agradecimento:

Aos meus colegas de trabalho e amigos, pelas energias, por me ouvirem e apoiarem sempre que necessário.

Ao pessoal que trabalha no Arquivo Clínico do Hospital Dr. José Maria Grande, pela disponibilidade com que desarrumaram e arrumaram infindáveis listas de processos para que eu os pudesse consultar.

Ao Raul Cordeiro, presente para os meus pedidos de S.O.S.

Ao Fernando Pina, *le traducteur*.

Ao António Marques, meu orientador.

À minha família, pela compreensão pela minha “ausência” enquanto mãe, mulher, filha, tia, irmã... e pelo suporte e incentivo que recebi de todos.

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Classificação Índice de Apgar | 40 |
| Tabela 1 – Amostra com queixa: distribuição de frequências por género | 51 |
| Tabela 2 – Amostra com queixa: distribuição de frequências por semanas de gestação | 51 |
| Tabela 3 – Amostra com queixa: distribuição de frequências por tipo de parto | 52 |
| Tabela 4 – Amostra com queixa: distribuição de frequências por queixa e por agrupamento de queixas Q1 | 53 |
| Tabela 5 - Amostra com queixa: distribuição de frequências por queixa e por agrupamento de queixas Q2 | 53 |
| Tabela 6 - Amostra com queixa: distribuição de frequências por queixa e por agrupamento de queixas Q3 | 53 |
| Tabela 7- Amostra sem queixa: distribuição de frequências por género | 54 |
| Tabela 8 – Amostra sem queixa: distribuição de frequências por semanas de gestação | 55 |
| Tabela 9 – Amostra sem queixa: distribuição de frequências por tipo de parto | 55 |
| Tabela 10 – Amostra com queixa: distribuição de frequências do I.A.1’, I.A.5’ e I.A.10’ | 57 |
| Tabela 11 – Amostra com queixa: distribuição de frequências de sofrimento fetal | 57 |
| Tabela 12 – Amostra com queixa: distribuição de frequências dos 5 itens do I.A.1’ | 59 |
| Tabela 13 – Amostra sem queixa: distribuição de frequências do I.A.1’, I.A.5’ e I.A.10’ | 59 |
| Tabela 14 – Amostra sem queixa: distribuição de frequências de sofrimento fetal | 60 |
| Tabela 15 – Amostra sem queixa: distribuição de frequências dos 5 itens do I.A.1’ | 60 |
| Tabela 16 – Distribuição de respostas ao questionário | 63 |
| Tabela 17 – Correlação das variáveis “semanas de gestação”/”I.A.” | 65 |
| Tabela 18 - Correlação das variáveis “sofrimento fetal” e “tipo de parto” | 65 |
| Tabela 19 – Correlação das variáveis “sofrimento fetal” e “I.A. 1’”, “I.A. 5’” e “I.A.10’” | 65 |
| Tabela 20 – Correlação valores de “I.A.1’,5’ e 10’” e “sofrimento fetal”, “semanas de gestação”, “género” e “tipo de parto”, para a amostra sem queixa | 66 |
| Tabela 21 – Correlação “Apgar1”, “Apgar5” e “Apgar10” e “Q1”, “Q2” e “Q3” | 67 |
| Tabela 22 – Correlação “Apgar1”, “Apgar5” e “Apgar10” e 13 variáveis “Queixa” | 68 |
| Tabela 23 – Correlação “sofrimento fetal” e “Q1”, “Q2” e “Q3” | 69 |
| Tabela 24 – Correlação “sofrimento fetal” e 13 variáveis “Queixa” | 70 |

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Introdução | 12 |
| CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 16 |
| 1. Sobre o comportamento | 17 |
| 2. Sobre as emoções | 21 |
| 3. Sobre o parto | 27 |
| 3.1. Sobre resiliência | 33 |
| 3.2. Sobre o stress | 35 |
| 3.3. Sobre o Índice de Apgar | 39 |
| CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO | 43 |
| 1. Sobre o método de estudo | 44 |
| 1.1. Instrumentos | 45 |
| 1.2. Procedimentos | 46 |
| 1.3. Caracterização das amostras | 50 |
| 1.3.1. Amostra com queixa | 50 |
| 1.3.1.1. Dados de caracterização da amostra relativos ao género, semanas de gestação e tipo de parto | 51 |
| 1.3.1.2. Dados de caracterização da amostra relativos ao I.A., ao sofrimento fetal e aos 5 itens do I.A. | 52 |
| 1.3.2. Amostra sem queixa | 54 |
| 1.3.2.1. Dados de caracterização da amostra relativos ao género, semanas de gestação e tipo de parto | 54 |
| 1.3.3. Amostra de profissionais de saúde | 55 |
| 2. Apresentação e discussão dos resultados | 56 |
| 2.1. Análise descritiva da amostra com queixa: dados de caracterização da amostra relativos às queixas apresentadas | 56 |
| 2.2. Análise descritiva da amostra sem queixa: dados de caracterização da amostra relativos ao I.A., ao sofrimento fetal e aos 5 itens do I.A. | 59 |
| 2.3. Análise dos resultados do inquérito por questionário aos profissionais | 61 |
| 2.4. Análise correlativa das variáveis | 64 |
| 3. Discussão e síntese dos resultados | 71 |
| Conclusões | 74 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 77 |
| Anexo: Questionário | 80 |

“Já trazes ao nascer a tua filosofia.
As razões? Essas vêm posteriormente,
Tal como escolhes, na chapelaria,
A forma que mais te assente...”

Mário Quintana

(1906 – 1994)

“Acredito que a descoberta pelas ciências cognitivas e inteligência artificial dos desafios técnicos que advêm da nossa actividade mental mundana é uma das grandes revelações da ciência, um acordar da imaginação comparável com a aprendizagem de que o Universo é feito de biliões de galáxias ou que uma gota de água parada fervilha de vida microscópica.”

(Pinker, *How the mind works*, 1999)

Introdução

“De acordo com Kahlbaum, a delinquência chegou a ser explicada como defeito físico devido à perda ou ao desenvolvimento defeituoso das fibras morais do cérebro. No fim do século passado, surgiu a Teoria de Lombroso sobre o criminoso nato. Sabemos hoje que todas essas concepções, que atribuem a origem do comportamento criminal a uma diferença mental ou corpórea, entre o criminoso e o normal, eram erradas.” (Grunspun, 1966, p. 374)

Nos anos 60, não há muito tempo, a ideia de que alguma “responsabilidade” sobre os comportamentos e traços de personalidade pudesse ser atribuída a estruturas cerebrais, era vista de modo quase jocoso por muitos cientistas, que postulavam que a mente, os comportamentos e aprendizagens seriam desenvolvidos a partir do nascimento, com origem nas influências ambientais.

A teoria de que o ser humano começa do zero a partir do nascimento, como uma tábua rasa ou um papel em branco, é atribuída ao filósofo John Locke (sec. XVII):

“Imaginemos que a mente é, como nós dizemos, um papel em branco, vazio de todos os caracteres, sem quaisquer ideias. De que forma ela é fornecida? Donde se torna num vasto armazém onde a fantasia sem limites do homem o pintou com uma variedade quase ilimitada? Donde vêm todos os materiais da razão e do conhecimento? Para tudo isto eu respondo numa só palavra, da EXPERIÊNCIA.” (Locke, citado por Pinker. 2002, p.5)

As teorias empiristas de Locke foram de grande importância para a época, uma vez que atingiam alguns objectivos políticos e sociais como o considerar que se nascia com a noção de Deus, da autoridade da igreja e dos direitos divinos dos reis. Locke justificava que uma vez que as ideias crescem com a experiência, que varia de pessoa para pessoa, as diferenças de opinião desenvolvem-se não porque uma mente está equipada para agarrar a verdade e a outra é defeituosa, mas porque as duas mentes têm tido diferentes histórias.

Muitas das ideias actuais – baseadas na ciência ou não – têm como pano de fundo a teoria da tábua rasa de Locke, ou ainda assentam em parte nesse paradigma; os estudos neurobiológicos são ainda muito recentes para poderem ter já uma influência na mudança de conceitos e de mentalidades:

“Eu penso na mente das crianças como um livro em branco. Durante os primeiros anos de vida muito será escrito nas suas páginas. A qualidade dessa escrita vai afectar a suas vidas profundamente”, Walt Disney, citado por Steven Pinker (Pinker, 2002, p. 10)

As diferentes experiências, os diferentes estímulos e fundamentalmente as relações estabelecidas desde o nascimento desempenham indubitavelmente um papel muito importante no desenvolvimento da personalidade e dos comportamentos do indivíduo – ou até antes do nascimento; de acordo com alguns estudos, existe uma ligação directa entre o humor materno enquanto gestante e o comportamento do feto, observável por ecografia.

Estudos prospectivos têm mostrado a existência de ligação entre a ansiedade e o stress da grávida e problemas cognitivos, de comportamento e emocionais na criança (Van den Bergh, 2005). O estudo referenciado reporta algumas idades gestacionais com maior vulnerabilidade aos efeitos a longo prazo da ansiedade ou stress da mãe, revelando a hipótese de afecção do eixo amígdala – hipotalâmico, do sistema límbico e do córtex pré – frontal pela influência do stress/ansiedade materna, assim como revela que o cortisol atravessa a placenta, podendo alterar o processo de desenvolvimento.

Segundo Luis Cozolino (2006), as experiências precoces têm um impacto desproporcionado no desenvolvimento dos sistemas neuronais, pensando que os primeiros anos de vida são um período de desenvolvimento exuberante do cérebro. Cozolino afirma ainda que as experiências interpessoais precoces negativas tornam-se numa fonte primária de sintomas pelos quais as pessoas procuram alívio na psicoterapia.

Os recentes estudos que vêm ajudar na compreensão do funcionamento do cérebro humano não derrotam a ideia da importância das primeiras relações, da importância da relação mãe – bebé, pré e pós – natal, e da interacção da criança com o meio. Vêm antes ajudar a compreender porque é que, por exemplo, dois filhos de um mesmo casal crescem em condições semelhantes e são fruto da mesma família, fazem parte do mesmo sistema, com as individualidades de cada um, é certo, mas podendo desenvolver comportamentos díspares perante as mesmas situações ou condições de vida ou perante as mesmas *experiências*, conforme a denominação de Locke.

O funcionamento do cérebro humano, pela complexidade das estruturas e pelas dificuldades de várias ordens, nomeadamente de ordem ética, para o desenvolver de estudos que nos permitam um melhor conhecimento acerca da fisiologia, e apesar dos recentes desenvolvimentos no âmbito da neurobiologia e neurofisiologia, está num patamar onde ainda há muito por explicar: “*O milagre é que o Universo criou uma parte de si próprio para estudar o resto, e que essa parte, ao se estudar a si própria, encontra o resto do Universo nas suas próprias realidades interiores.*” (John Lilly, citado por Cozolino, 2006,p.219).

A compreensão do comportamento humano sofreu um corte epistemológico com as recentes descobertas dos circuitos neuronais das emoções e a conjunção de factores (genéticos, gestacionais, perinatais e ambientais) é agora aceite como sendo o paradigma que melhor promove a compreensão do funcionamento da mente humana. Este estudo pretende, a par da reunião de elementos que confluem na compreensão do comportamento e das emoções humanas, concretamente na compreensão da agressividade, contribuir com mais um elemento que pode ser tido em conta: o *sofrimento fetal intraparto e a vitalidade do bebé ao nascer, medida pelo Índice de Apgar*. O Índice de Apgar, composto por diferentes parâmetros, permite avaliar o sofrimento do bebé ao nascer. O sofrimento fetal pode ser causado por hipoxia ou anóxia, causa frequente de lesões cerebrais como a Disfunção Cerebral Mínima ou outras condições clínicas estudadas de gravidade variável, como a Paralisia Cerebral. A questão de partida que orienta este estudo e para a qual pretendemos dar resposta é se a *hipoxia ou anóxia durante o desenvolvimento intra – uterino ou no momento do parto pode fragilizar os circuitos neuronais das emoções*, da mesma maneira que noutras situações fragilizam ou até lesam outros circuitos neuronais (como nas Disfunções Cerebrais Mínimas). E ainda se *esta fragilização, pouco notória em condições normais, em situações de stress pode impedir ou dificultar a capacidade de controlo da agressividade*, já que em muitas das crianças e jovens que procuram os serviços de Saúde Mental Infantil e Juvenil, no motivo do pedido de consulta a agressividade surge como o comportamento sentido como o mais difícil para os pais/educadores/responsáveis.

Organizou-se a dissertação em dois capítulos, dizendo o primeiro Capítulo respeito ao enquadramento teórico que o sustenta, através de uma viagem pelos conceitos e pelos pontos que possam ajudar na compreensão da agressividade, com a ligação das premissas das diferentes correntes de pensamento: começa-se por uma abordagem ao *Comportamento*, definições e factores que o influenciam, para de seguida se falar acerca das *Emoções* e do seu funcionamento neurofisiológico, abordando especificamente a agressividade como comportamento visível da emoção. *Sobre o parto* é o ponto que se segue na estrutura deste trabalho e dedica-se ao parto propriamente dito no sentido da compreensão do que este momento envolve quer no plano biológico, quer no plano das emoções, para a mãe e para o bebé. Uma vez que abordamos os riscos do parto, falamos em seguida da capacidade que os organismos têm para se reerguer e detemo-nos um pouco sobre a *Resiliência*. No entanto, e como nos interessa perceber a possível relação entre o *Stress* de parto e os comportamentos agressivos, debruçamo-nos sobre este aspecto no ponto seguinte, no

sentido de procurar estabelecer uma linha de pensamento coerente com os diferentes autores e estudos pesquisados e a ideia – base da dissertação. Sendo o Índice de Apgar um valor atribuído à vitalidade do recém – nascido e medido imediatamente após o nascimento, pensámos poder ser indicador também de dificuldades peri – natais, pré – parto ou intraparto pelo que no ponto seguinte procurámos clarificar este Índice. O segundo Capítulo apresenta as opções empíricas tomadas e os resultados obtidos, para poderem ser analisados e discutidos.

Este estudo não pretende mais do que acrescentar um pouquinho às ideias dos autores de que se socorre para realçar a importância do momento do parto, dos momentos que o antecedem e precedem e alertar para a necessidade de olhar cientificamente para a possibilidade de ocorrência de *fragilização* das estruturas neuronais das emoções em partos com sofrimento fetal.

CAPÍTULO I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Sobre o comportamento

O comportamento pode ser definido como a acção que o indivíduo manifesta, como resultado da interacção de diferentes factores tais como os sócio-educacionais, os geracionais, os factores inerentes ao estágio de desenvolvimento e aos papéis desempenhados ou às expectativas sociais e os factores intrínsecos do indivíduo, como a capacidade de entendimento que o indivíduo faz das emoções que sente em determinada situação/contexto. (Guimarães, 2006)

Determinado comportamento, como por exemplo arrotar à mesa, pode ser considerado como sendo um comportamento alimentar de boa educação no Japão, representando a satisfação pela refeição, mas nas sociedades ocidentais o arroto sonoro na presença de outras pessoas provoca o embaraço a quem o dá e o incómodo ou o ser apelidado de “mal-educado” por quem o ouve. Ainda no que diz respeito aos contextos sociais, a um indivíduo que ocupe um lugar de destaque social como um político, gestor ou administrador, é esperado que cumpra todas as normas de vivência em sociedade como o mastigar de boca fechada, o saber usar os talheres adequados, dar a preferência do lugar à mesa ou no carro às senhoras e não perder o controlo sobre os seus gestos/actos em público; a falha deste último tem sido alvo até de destituições dos cargos que os indivíduos ocupavam, por não terem tido um comportamento condigno do cargo.

No entanto, a par dos factores educacionais e das expectativas sociais relativas aos comportamentos dos indivíduos, muitas vezes a acção ou reacção a determinado estímulo do meio ambiente pode não ser a adequada, ainda que o indivíduo *saiba* como reagir adequadamente, por “erros de leitura” da situação ou confusão emocional desencadeada por uma situação ou um conjunto de situações.

Entre os teóricos o conceito de comportamento assume diferentes enquadramentos e delimitações conceptuais: para os defensores das teorias cognitivas, o comportamento engloba as reacções de luta/fuga inerentes aos mamíferos e à espécie humana em particular assim como as acções evolutivas ou aprendidas no contexto ambiental, sendo assim a *conduta* sinónimo de *comportamento*. Para outros teóricos como Claparède¹, a conduta é um conceito completamente separado do comportamento, sendo este mais ligado ao instinto da espécie.

¹ Édouard Claparède (1873 – 1940), médico suíço, direccionou a sua carreira para o campo da psicologia experimental. Alguns dos seus estudos influenciaram a teoria psicanalítica de Sigmund Freud (1856-1939). Em 1905, publicou *Psicologia da Criança e Pedagogia Experimental*. Em 1912, criou o Instituto Jean-Jacques Rousseau (ou Academia de Genebra), para o estudo da psicologia infantil e sua aplicação no ensino. O seu trabalho foi continuado pelo discípulo Jean Piaget, que, como chefe do instituto, reformulou-o e integrou-o na Universidade de Genebra. Em 1924, Claparède foi um dos redactores do primeiro esboço de uma carta

Claparède defendia uma abordagem funcionalista da psicologia, onde o ser humano é, acima de tudo, um organismo que "funciona". Os fenómenos psicológicos, para Claparède (Nassif, 2005) deviam ser abordados "*do ponto de vista do papel que exercem na vida, do seu lugar no padrão geral de comportamento num determinado momento*". Com base nisso, o pensamento é tido como uma actividade biológica ao serviço do organismo humano, que é accionado diante de situações com as quais não se pode lidar por meio de comportamento reflexo. Este conceito é influenciado pela biologia e pelo evolucionismo, para quem o conceito de vida corresponde a um processo de adaptação contínuo, guiado pela lógica da utilidade e da eficiência.

De uma forma mais ampla (e não deixando de dar a devida importância aos factores ambientais), com os conhecimentos que hoje existem acerca das diferentes estruturas cerebrais envolvidas e dos complexos circuitos neuronais responsáveis pelo processamento e pela reacção às emoções, que nos permitem reagir/fugir como forma vital de defesa, podemos inferir que as emoções e a acção visível das mesmas – comportamento/conduita - são muito mais do que o determinado pelo meio, pela educação ou pela experiência.

Para fazer jus à complexidade das estruturas e da sua fisiologia, bem como aos múltiplos factores que influenciam o comportamento, também as condições que produzem alterações do comportamento são numerosas e também estas complexas e de origem muitas vezes de difícil determinação. As alterações de comportamento são, também elas, determinadas pela cultura², que dita normas de conduta diferentes de acordo com o meio sócio – cultural. O filme de 1980, "*Os Deuses devem estar loucos*"³ retrata muito bem a diferença e a conotação dos comportamentos de acordo com as diferentes civilizações.

De acordo com Grillo & Silva (Grillo, 2004), os transtornos do comportamento são considerados quando há problemas no rendimento escolar não explicados por factores intelectuais, sensoriais ou outras incapacidades físicas; quando são observadas dificuldades em estabelecer e manter relações sociais com colegas, professores ou

internacional dos direitos da criança e, no ano seguinte, foi co-fundador do Escritório Internacional de Educação, hoje órgão da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco). (Controversia, 2009)

² Se um indivíduo desatar a correr por entre as árvores seminu no meio do Parque Eduardo VII ou da Mata de Monsanto, é considerado no mínimo estranho; no entanto se o fizer na Amazónia ou em algum lugar pouco modificado pelo Homem, poder-se-á pensar que vai a fugir de algum animal e não se estranha o facto de estar despido.

³ *Os Deuses Devem Estar Loucos* (*The Gods Must Be Crazy*, no original), filme lançado em 1980, escrito e dirigido por Jamie Uys. Conta a história de Xixo, um bosquímano do Kalahari cuja tribo não tinha contacto ou conhecimento do mundo para além desta. Um dia, o piloto de uma avioneta deita fora uma garrafa de vidro de Coca-Cola; inicialmente esse objecto estranho parece ser um presente dos deuses, com muitos usos a serem descobertos. Mas na tribo, os conflitos foram aumentando, já que há somente um frasco para dividir entre todos os elementos da tribo. Então, decide-se que o frasco deve ser deitado fora do planeta. Xi é nomeado para a tarefa, e enquanto viajava para cumprir a sua tarefa, encontra membros da civilização ocidental pela primeira vez. O filme apresenta uma visão diferente da civilização vista por Xi.

familiares; quando são observadas reacções comportamentais ou sentimentos inapropriados diante de situações corriqueiras, ou tristeza e depressão contínuas; e quando há tendência a desenvolver sintomas físicos ou medos associados a problemas comuns.

Algumas das condições que produzem transtornos do comportamento são geneticamente determinadas e obedecem a padrões de herança mendeliana.⁴ Estudos recentes apontam para a possibilidade de existência de alterações nos genes, responsáveis por doenças como por exemplo a esquizofrenia (um estudo muito recente feito na China associa as alterações no gene MDGA1 com a doença bipolar e a esquizofrenia, na população chinesa (Li J., 2009)), ou a síndrome de Prader – Willi (aproximadamente 70% dos doentes têm uma deleção no cromossoma 15 de origem paterna e os restantes casos são secundários à substituição do cromossoma 15 de origem paterna por um segundo cromossoma de origem materna (Centro Hospitalar de Coimbra, 2009)), patologias que afectam gravemente o lidar com as emoções e o comportamento dos indivíduos.

Outras são moldadas ao longo do desenvolvimento intra-uterino, a par da vivência relacional da gravidez por parte da mãe, das condições em que a gravidez ocorre e decorre; cada vez mais a mulher grávida tem cuidados mais médicos e menos repouso ou menor actividade física/profissional, mantendo-se muito ocupada com a profissão / tarefa remunerada (o papel desempenhado pela mulher no sistema familiar tem vindo a modificar-se ao longo da evolução dos papéis sociais e das necessidades sócio – económicas das famílias, tendo-se tornado necessariamente activo até ao final da gestação), sem que isso lhe permita uma ocupação relacional plena com a condição de gestante e futura mãe:

“Os instintos maternal e paternal – na realidade são comportamentos de cuidador – são actos de criação que permitem o trunfo da sobrevivência pessoal. Atingir um estágio tão altruísta depende do sucesso da inibição dos impulsos de egoísmo, competitividade e agressividade. No entanto muitas vezes essa inibição é incompleta. O facto de muita da psicoterapia ser dedicada ao chegar a acordo com as mensagens negativas ou geradoras de conflito dos pais, sugere fortemente que a nossa evolução enquanto cuidadores ainda é um trabalho em curso.” (Cozolino, 2006, p. 14).

⁴ Foram já reconhecidas mais de 10 mil características biológicas desviantes (patológicas umas, outras nem tanto) que se transmitem de acordo com as leis de Mendel; no seu conjunto constituem a chamada herança mendeliana do homem. Se nos recordarmos que o genoma humano deverá conter 50 mil a 100 mil genes, chegaremos à conclusão de que só uma pequena parte do total das nossas características biológicas geneticamente determinadas foi já minimamente caracterizada. **Fonte especificada inválida.**

As alterações ao desenvolvimento intra-uterino que possam surgir por ocorrência de hipoxias ou anóxias do feto ao longo da sua formação podem também ser responsáveis por algumas condições descritas como patológicas; foram feitas pesquisas acerca da relação entre a hipertensão arterial gestacional e as alterações do desenvolvimento neurológico do feto sem no entanto se verificar correlação; no entanto a hipertensão arterial gestacional correlacionou-se de forma estatisticamente significativa com o baixo Índice de Apgar (Dias, 2005).

Por outro lado, actualmente o momento do parto é muitas vezes programado por factores externos e não por factores internos, quando todos os sistemas do bebé e da mãe estão aptos para a separação; é marcado de acordo com a data prevista na ecografia ou por razões alheias ao processo do parto em si, como o dia em que o médico obstetra que seguiu a grávida está de serviço – o que é compreensível, uma vez que a grávida precisa de sentir que está a ser acompanhada por alguém que conhece a sua história de gestante, mas muitas vezes incompatível com o timing certo do bebé.

Steven Pinker (Pinker, 1999) refere que qualquer evento quer biológico, genético, psicológico, cognitivo, nos pode fazer diferentes no aspecto comportamental. Realça ainda vários eventos que podem ter importância nas nossas personalidades, como a posição do feto no útero, os hábitos e vícios da mãe, as dificuldades no parto, acidentes na infância e doenças infecciosas nos primeiros anos:

“Os complexos órgãos mentais, tal como os complexos órgãos físicos, certamente são construídos através de receitas genéticas complexas, com muitos genes trabalhando em cooperação de modos ainda insondáveis. Um defeito em qualquer um dos órgãos pode corromper todo o aparelho, tal como um defeito em qualquer parte de uma máquina complicada (como a falta de um cabo de distribuição num carro) pode alterar todo o funcionamento da máquina.” (Pinker, 1999, p. 35)

Nos organismos complexos como o organismo humano, o comportamento/acções quer sejam reactivas ou espontâneas, são causadas por ordens vindas do cérebro. Estas “ordens” estão dependentes do estímulo, das imagens internas existentes acerca do estímulo ou das memórias que este invoca e das emoções que esse estímulo possa provocar. (Damásio, 1995).

No ponto seguinte abordam-se as emoções, focando as estruturas cerebrais responsáveis pelos diferentes estados, no sentido da aproximação à ideia de base deste estudo: é possível que alterações nos circuitos responsáveis pelas emoções nos períodos pré – natal, intraparto e/ou peri-natal possam trazer diferenças de

comportamento, com reacções de agressividade por dificuldade no controlo das emoções.

2.Sobre as emoções

“Concebemos habitualmente as emoções como uma faculdade mental supranumerária, um parceiro do nosso pensamento racional que é dispensável e imposto pela natureza. Se a emoção é aprazível, fruimo-la como um luxo; se é dolorosa, sofremo-la como um intruso indesejado. Em qualquer dos casos, o conselho dos sábios será o de que devemos experienciar as emoções e os sentimentos apenas em quantidades adequadas. Devemos ser razoáveis.” (Damásio, 1995, p. 71)

As emoções não são características apenas do ser humano. No entanto, nos humanos, as emoções estão ligadas às ideias, valores, princípios e juízos complexos (Damásio, 1999).

Podemos distinguir na emoção três níveis de significado: o da experiência, o do comportamento e o fisiológico. As emoções estão sob o controlo do sistema nervoso autónomo, que por sua vez é controlado pelo hipotálamo, pelo sistema límbico e por zonas do tronco cerebral. Um dos principais problemas para o desenvolvimento das teorias da emoção é o de estabelecer correlações íntimas entre estes três níveis da emoção. Pensa-se que muitos aspectos das reacções emotivas são inatos e que as vias neurais subjacentes a estas reacções são determinadas geneticamente. Estudos transculturais de reconhecimento das expressões faciais revelaram a existência de uma bateria básica de expressões reconhecíveis, em condições não – patológicas, de modo inato (Ekman & Friesen, 1969).

As medidas com expressões periféricas da emotividade, como o ritmo cardíaco e a transpiração das palmas das mãos, são controladas pelo sistema nervoso autónomo. Por meio das suas divisões (simpática e parassimpática), o sistema nervoso autónomo funciona no sentido da conservação do meio interno, controlado directamente pelos núcleos do *tronco cerebral*, que são por sua vez influenciados pelo *hipotálamo* e pelas estruturas límbicas do cérebro anterior. O *sistema límbico* é o sistema do cérebro anterior mais frequentemente ligado ao comportamento emotivo. Em termos da filogénese, o sistema límbico foi a primeira forma do cérebro anterior a desenvolver-se. Existem várias hipóteses teóricas que representam marcos conceptuais da evolução

do conhecimento acerca do processo emocional, mas foram os autores James Papez⁵ e MacLean⁶ que unificando dados, desenvolveram uma teoria com maior aceitação. A base desta teoria é o *circuito de Papez*, constituído por feixes nervosos que interligam o hipotálamo com seus corpos mamilares, o núcleo anterior do tálamo, o giro cingulado e o hipocampo; um circuito anatómico que foi proposto como a base neural da emoção uma vez que é através deste que todo o sistema límbico se interliga. (Esperidião-Antonio, 2007)

“Ao longo da maior parte do século XX, a emoção não foi digna de crédito nos laboratórios. Era demasiado subjectiva, dizia-se. Era demasiado fugidia e vaga. Estava no pólo oposto da razão, indubitavelmente a mais excelente capacidade humana, e a razão era encarada como totalmente independente da emoção. Eis uma viragem perversa na perspectiva romântica da humanidade. Os românticos colocavam a emoção no corpo e a razão no cérebro. A ciência do século XX deixou o corpo de fora, deslocou a emoção de novo para o cérebro, mas relegou-a para as camadas mais baixas, aquelas que habitualmente se associam com os antepassados que ninguém venera. A emoção não era racional, e estudá-la também não era.” (Damásio, 1999, p. 21).

Dados recentes, permitiram aumentar o conhecimento das estruturas que estão envolvidas na formação e mediação das emoções: a *amígdala* (as suas interligações caracterizam a função de controle de actividades emocionais como a amizade, amor e afeição, exteriorizações do humor e, principalmente, nos estados de medo, ira e na agressividade e na perda de reactividade emocional; sede das associações estímulo - reforço/ experiência emocional); o *hipocampo* (avaliação e comparação de situações de ameaça); *fórnix* e *giro parahipocampal* (vias de conexão do circuito límbico); *tálamo* (reactividade emocional e via de conexão para as estruturas corticais pré-frontais e com o hipotálamo); *hipotálamo* (expressão das emoções: aceleração ou abrandamento do ritmo cardíaco, alterações respiratórias, digestivas, sudação, vasomotoras, etc., prazer, raiva, aversão, desprazer); *giro cingulado* (reacção emocional à dor e regulação do comportamento agressivo; memória de emoções antigas); *tronco cerebral* (mecanismos de alerta, vitais para a sobrevivência,

⁵James Papez (1883 – 1958): Médico formado na Universidade do Minnesota, muito interessado em paralisia, um dos grandes estudiosos da neuropatologia. Concebeu o “mecanismo da emoção” (circuito hipocampo – tálamo - núcleo cingulado). Será lembrado como um dos grandes neuroanatomistas de todos os tempos **Fonte especificada inválida.**

⁶ Paul D. MacLean (1913 – 2007) , Médico Americano e neurocientista que contribuiu significativamente nos campos da pesquisa da neurofisiologia e da psiquiatria. Propôs a teoria dos três cérebros em um: o complexo reptiliano, o sistema límbico e o neocórtex.**Fonte especificada inválida.**

manutenção do ciclo de vigília - sono; alterações fisionómicas dos estados afectivos); *área tegmental ventral* (sensações de prazer); *septo* (sensações de prazer especialmente ligadas à sexualidade); *córtex pré-frontal* (génese e expressão dos estados afectivos).

Relatos de estudos realizados em animais saudáveis em que se provocaram lesões discretas na amígdala mostram alterações no comportamento dos animais, com respostas de raiva a estímulos previamente neutros e aumento geral da reactividade emocional (Conti, 2005).

No mesmo sentido, de acordo com o que tem sido descrito até aqui por vários pesquisadores, e pensando nas crianças cujo Índice de Apgar abaixo de 10 ao primeiro minuto de vida e em que os valores diminuídos possam dizer respeito por exemplo à coloração da pele (bebés acinzentados significa a ocorrência de anóxia ou hipoxia) ou aos batimentos cardíacos (a bradicardia pode também pressupor uma má oxigenação das estruturas), podemos propor que, *sendo o eixo hipocampo – amígdala – hipotálamo e giro cingulado as estruturas cerebrais mais vulneráveis pela exigência metabólica na altura do nascimento* (Cabral, 2004, pp. 685-699), *serão provavelmente essas as estruturas que entram em sofrimento na ocorrência de baixa oxigenação*. Ainda podemos levantar a questão de esse sofrimento poder ser resolvido sem qualquer tipo de sinais posteriores - *resiliência*, ou deixar “marcas” ou “gravações” desse sofrimento e da necessidade mais primária de luta pela sobrevivência na memória (Damásio, 1995), que posteriormente *eclodem como imagens invocadas de perigo, em situações despoletadas por frustração ou stress*.

A agressividade, ou cólera, descrita como uma das emoções característica do comportamento que tem vindo a sofrer alterações ao longo da evolução da raça humana, aparece como um dos descritores de várias patologias que se inscrevem quer no âmbito das patologias chamadas psiquiátricas quer das consideradas neurológicas. No entanto, e apesar de não ter identidade nosológica *per si*, faz parte do grupo de comportamentos humanos que mais perturba a interacção social e que surge não – raras vezes desacompanhada de outras alterações do comportamento, perturbações do desenvolvimento psicomotor e relacional e/ou da socialização intra e interfamiliar que possam de algum modo “justificar” o seu aparecimento ou a sua existência.

As respostas agressivas ao estímulo do interlocutor, muitas vezes sem intenção agressora ou provocatória da agressividade, são incompreendidas e geradoras de mal – estar relacional que retrai o interlocutor e provoca neste também um sentimento

crecente de estranheza e muitas vezes de raiva pela incompreensão da resposta obtida.

“Ao surgir um desafio, decresce a activação do nervo vago, o que promove a activação do sistema nervoso simpático, que activa a resposta de luta – fuga” (Cozolino, 2006, p. 60).

É com esta preocupação que surgem muitas vezes os pais das crianças que reagem agressivamente à mais pequena contrariedade. Quando solicitam ajuda, sucede já terem tentado diferentes maneiras de lidar com o/a filho/a e a situação surge já emaranhada em conflitos e remorsos por respostas menos assertivas, ou mais genuínas, sem controlo. Outros casos surgem nublados com outro tipo de sintomas, que vão desde as dificuldades de aprendizagem às dificuldades articatórias, revelando-se à medida que o processo terapêutico decorre os traços de agressividade de base, com a tensão que esta provoca a minar os desempenhos sociais – o comunicar e o aprender.

De difícil ou quase impossível isolamento, a agressividade enquanto elemento presente no perfil funcional social de um indivíduo promove o afastamento do interlocutor/ da pessoa com quem se estabelece relação, ou pode desencadear no outro, respostas também elas agressivas /defensivas. Este mecanismo pode estar relacionado com o funcionamento dos neurónios – espelho: uma das mais extraordinárias fronteiras que tem sido explorada pelas neurociências e que tem como foco um conjunto de neurónios chamados neurónios - espelho. A activação de um determinado grupo de neurónios ou de sistemas neuronais que ocorre quando desempenhamos uma acção, é a mesma que sucede quando apenas observamos alguém a realizar a mesma acção/actividade. Os “neurónios - espelho” foram inicialmente descritos e observados em primatas não humanos, mas a sua existência e funcionalidade foi posteriormente comprovada em humanos. Assim, e focalizando as emoções, muitas vezes choramos ao vermos um filme, porque conseguimos *sentir* o que o personagem do filme *sente*. Se alguém nos conta uma história emocionante – uma aventura, por exemplo, ou alguma situação em que o nosso interlocutor tenha sentido emoções como medo ou raiva – nós também nos solidarizamos com esse sentimento, sentindo-nos também expectantes pela aventura, com medo de determinada situação ou com raiva de algo/alguém (Keysers, 2003).

Muitas das crianças que são acompanhadas nos serviços de saúde mental infantil apresentam co-morbilidades com algumas patologias do comportamento e da relação e a agressividade. No entanto, e inerente ao seguimento das crianças, o acompanhamento/apoio aos pais de modo terapêutico ou em apoio sócio – educativo

revela muitas vezes a presença de comportamentos similares em pelo menos um dos pais, o que nos leva às questões da hereditariedade do comportamento. Quando ouvimos dizer a uma mãe “és tal e qual o teu pai!”⁷, pode o comportamento “tal e qual o do pai” ter sido aprendido, nos casos em que existe convívio/ vivência conjunta, ou pode ser um comportamento (modo de reacção à emoção) determinado geneticamente. Na prática clínica, algumas crianças de famílias monoparentais cuja relação com o pai foi de apenas alguns meses também manifestam comportamentos que as mães identificam como sendo uma cópia dos do seu progenitor.

O interesse no estudo da transmissão intergeracional de comportamentos resulta também da evidência empírica de que o comportamento dos pais faz muita diferença na evolução do desenvolvimento perturbado dos filhos. Parte da explicação do comportamento dos pais pode inserir-se nas suas experiências enquanto crianças. Em 1988, um estudo de cohort transgeracional de Caspi e Elder realizado com um grupo muito alargado de mulheres avaliadas nos anos 30, filhas de pais agressivos, demonstra que estas mulheres foram crianças irritadiças, agressivas e zangadas, desenvolveram personalidades instáveis e pouco controladas, tinham problemas nos seus casamentos e eram elas próprias mães zangadas e hostis. (Conger, 2002)

À luz das ciências naturais, a agressão é vista como um mecanismo de sobrevivência das espécies e não tem cunho moral ou inter-relacional considerado bom ou mau; é apenas um mecanismo de defesa / ataque, disparado ao sinal de perigo ou de ameaça, inerente a todos os mamíferos e desenvolvido de formas diferentes de acordo com a evolução e características específicas das espécies.

Ao longo da evolução do Homem, a forma de reacção ao perigo foi sendo modificada, acompanhando a evolução dos sistemas sociais, com reacções cada vez menos violentas, físicas e automáticas ao perigo ou à frustração. A reacção ao perigo tornou-se, com excepção para o perigo de vida, mais pensada, mais estruturada cognitivamente, transformando também a agressividade física em modos de reacção mais verbais/gestuais, com maior controlo sobre as manifestações físicas.

Segundo autores de relevo no campo do pensamento psicodinâmico, a construção teórica sobre a agressividade também não é consensual, considerando que “a *agressividade e destrutividade humanas estão intrinsecamente relacionadas à questão da constituição do sentido de realidade externa.*” (Winnicott⁸) ou ainda que “a *agressão*

⁷ A referência à identificação dos comportamentos negativos com os dos avós também é frequente. A expressão mais utilizada é: “- És mesmo velhaco/a... Sais mesmo ao teu avô/avó”. Esta expressão não serve como prova científica, como é óbvio; no entanto, a cultura popular, marcada pela observação muito próxima, sem a detenção do conhecimento científico, procura estabelecer razões possíveis para os fenómenos.

⁸ Donald W. Winnicott (1896 - 1971) introduziu o conceito de uso de objecto. Acredita que a agressividade não é inata, que há necessidade de um ego mais integrado para que, a partir de uma frustração, ocorra a raiva e a intenção da agressão. A mobilidade

é sempre uma manifestação de pulsão de morte, ou pulsão destrutiva, elemento constitucional do ser humano, que varia de intensidade de acordo com o indivíduo” (Melanie Klein⁹) (Serralha, 2009)

Autores como Edward Osborne Wilson, Richard Dawkins, António Damásio, Robert Wright, citados por Gilson M. Oliveira (2009), entendem que o cérebro humano foi adquirindo dispositivos biológicos e genéticos ao longo da sua evolução e que em determinadas situações de stress, estes dispositivos podem ser accionados. Ainda os mesmos autores consideram que os dispositivos de violência foram sendo atenuados pelos controles sociais, que se foram também desenvolvendo, a um ritmo muito mais rápido do que o do desenvolvimento genético, que evolui ao longo de centenas de gerações.

“A distinção entre doenças do “cérebro” e da” mente”, entre problemas “neurológicos” e “psicológicos” ou “psiquiátricos”, constitui uma herança cultural infeliz que penetra na sociedade e na medicina. Reflecte uma ignorância básica da relação entre o cérebro e a mente. As doenças do cérebro são vistas como tragédias que assolam as pessoas, as quais não podem ser culpadas pelo seu estado, enquanto que as doenças da mente, especialmente aquelas que afectam a conduta e as emoções, são vistas como inconveniências sociais nas quais os doentes têm muitas responsabilidades. Os indivíduos são culpados por imperfeições do seu carácter, por modulação emocional deficiente e por problemas quejandos; a falta de força de vontade é, supostamente, o problema primário” (Damásio, 1995, p. 60).

O debruçarmo-nos acerca das questões hereditárias, geracionais e gestacionais da agressividade permite-nos fazer a ligação ao assunto seguinte – o parto... porque depois da gestação, vem o parto. A focalização neste momento interessa a este estudo não só pela intensidade emocional para os dois principais intervenientes – mãe e filho – mas também pelo importante envolvimento hormonal presente durante o trabalho de parto, assim como os riscos de ocorrência de danos ou lesões durante todo o processo. *Sobre o parto* leva-nos também a pensar nas condições em que habitualmente decorre, a evolução dos conceitos acerca do parto e dos procedimentos e a mudança social do conceito de cesariana contestada por alguns teóricos.

típica da criança (pontapés intra-útero, morder) a maioria das vezes impulsiva, que poderia ser vista como agressiva, é considerada por Winnicott como uma forma de descobrir o outro, descobrir o “não - eu”. Tenta mostrar que é a partir da agressividade que o bebé entrará em contacto com o mundo real, com o mundo dos objectos. **Fonte especificada inválida.**

⁹ Melanie Klein (1882-1960) desenvolveu uma escola de psicanálise na Inglaterra. Teórica das relações de objecto, autora da teoria do “desenvolvimento psicosexual e psicopatologia”, baseada em eventos intrapsíquicos e interpessoais que supostamente ocorrem durante o primeiro ano de vida. A sua teoria da psicopatologia, baseada na observação do jogo lúdico infantil, determina que a agressão inata excessiva ou a reacção psíquica à agressão é a causa de distúrbios emocionais severos como os transtornos psicóticos. **Fonte especificada inválida.**

3. Sobre o parto

“Sempre me intrigou o momento de penetrar na luz, o momento preciso em que, sentados no meio do público, vemos abrir a porta do palco e um intérprete entra na zona de luz; ou, observando este acontecimento na perspectiva do intérprete, o momento preciso em que aguarda na obscuridade vê a mesma porta a abrir-se e avança para dentro da luz que ilumina palco e público. Consegui aperceber-me, há já alguns anos, que a razão por que este momento é tão emocionante, qualquer que seja o ponto de vista, resulta da sua semelhança com as circunstâncias do nascimento, com as da passagem através de um limiar que separa um abrigo protector mas confinante, das possibilidades e dos riscos de um mundo que se situa para além desse limiar” (Damásio, 1999, p. 21).

O parto, momento de corte de um estado de dependência total do corpo da mãe para a vida autónoma no que diz respeito ao funcionamento dos órgãos básicos de sobrevivência, tem vindo a ser alvo da introdução e aperfeiçoamento de manobras obstétricas, da melhoria das condições de higiene e assepsia e da preocupação com a diminuição da dor materna. Ainda assim, as condições em termos da Humanização não parecem ser muito conseguidas na generalidade dos serviços hospitalares do nosso país, já que a gestante não tem direito ao uso do consentimento informado das diferentes manobras a serem prestadas e/ou à adopção de posturas naturais para o desenrolar do parto, bem como lhe é muitas vezes negado o direito ao uso da voz como libertadora de tensões através por vezes do uso de frases menos apropriadas que são proferidas às mães em pleno trabalho de parto (Clara, 2009).

“A humanização do parto defende a conciliação criativa e crítica do respeito pelo outro, da competência profissional, do uso pontual e eficiente dos recursos disponíveis, do amadurecimento humano, da ética e da autonomia, da responsabilidade individual e da liberdade de escolha. Humanizar o Parto é um processo de ética, cidadania e acção social.” (Clara, 2009)

A participação da mãe na condução do processo de nascimento do seu bebé é esquecida na maioria das situações. Os profissionais, sem desprimor para os conhecimentos técnicos que detêm e para as manobras obstétricas que executam certamente de modo exímio, não são educados profissionalmente para permitir a participação activa da parturiente, com excepção para a fase de expulsão do bebé, onde a participação é naturalmente exigida. Por outro lado, a população portuguesa também não está preparada para reivindicar os seus direitos e, em contexto hospitalar, muitas vezes o medo do que possa acontecer, de represálias, e o facto de, de certa

forma haver uma dependência do utente perante o técnico, com a fragilização do utente inerente ao facto de não estar no seu meio habitual, esse papel coloca-o num plano inferior, sentido como tal por ambos e utilizado ou não de acordo com a formação pessoal de cada um (Jones, 2005).

“Não existe humanização do nascimento com mulheres sem voz. É preciso que esta mulher, consciente da sua posição como figura central no processo, faça valer seus direitos, a sua autonomia e o seu valor. O que torna um obstetra (ou profissional do parto) humanista ou não, é a capacidade de estimular a participação, o envolvimento efectivo e a condução deste processo a quem de direito: a mãe. Sem estes requisitos de nada adiantam maternidades lindas, belas, arejadas, limpas, assépticas, com enfermeiras gentis e sorridentes” (Jones, 2005).

As melhorias que se verificam em termos das condições físicas das maternidades e técnicas dos profissionais de obstetrícia são uma realidade, mas a relação estabelecida com as parturientes e alguns dos cuidados que intuitivamente eram prestados – como o repouso e o cuidado nos desempenhos de tarefas, na baixa iluminação e no evitamento da presença de outros que não os intervenientes no parto – mãe e parteiras /médico – foram sendo substituídos pela técnica, muitas vezes menos humanizada e menos natural, e que contraria ou substitui o desenrolar natural do processo de parto. Naturalmente que há ganhos em termos da diminuição da dor materna, dos óbitos das mães e dos bebés e das infecções subjacentes aos partos feitos em condições de higiene duvidosa; no entanto, o aumento do nº. de cesarianas – técnica que surgiu nos anos 50 com o objectivo de evitar o sofrimento materno e fetal, permite interrogar se essa técnica é utilizada apenas nos casos em que exista risco para a mãe ou para o bebé.

Actualmente é vulgar o parto por cesariana, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2005 34,7% dos bebés em Portugal nasceram segundo esta técnica obstétrica sendo que a média europeia era nesta data de 27 – 28 %, para uma taxa recomendada pela Organização Mundial de Saúde de 10 a 15%. O nº de partos cirúrgicos não tem parado de aumentar em Portugal; em 2002 a percentagem foi de 30,5%, em 2003 de 32,3% e em 2005 de 34,7%. O Reino Unido e a França têm taxas de cesarianas de 23 e 19,6%, respectivamente (Amorim, 2008).

“Embora todas as sociedades tenham tido no passado uma tendência para controlar este evento, a situação é radicalmente nova no início do séc. XXI. Até há pouco tempo, uma mulher não podia ser mãe sem libertar um fluxo de hormonas, que constitui na verdade um complexo cocktail de hormonas do amor. Hoje em dia, na fase actual do parto industrializado, a maior parte das mulheres tem bebés sem confiar

neste cocktail de hormonas. Muitas têm uma cesariana que pode ser decidida e executada antes de ter início o trabalho de parto. Outras bloqueiam a libertação das hormonas naturais fiando-se em substitutos (normalmente oxitocina sintética no soro, mais uma anestesia epidural). Até as que acabam por “dar à luz” sem medicação recebem muitas vezes um agente farmacológico para fazer sair a placenta numa altura crítica da relação entre a mãe e o bebé.” (Odent, 2005)

Estudos feitos em laboratório com diferentes mamíferos, revelam que as mães sedadas no parto, quer para cesariana quer no parto eutócico, rejeitam as suas crias. Isso não se verifica nas mães humanas, embora a racionalidade desempenhe aqui muito provavelmente um papel determinante nesta diferença de comportamento entre mamíferos.

“No que toca aos seres humanos, as perguntas devem incluir termos como “civilização” ou “cultura”. Por exemplo, se os outros mamíferos não cuidam dos bebés após uma cesariana, devemos em primeiro lugar perguntar-nos: ‘Qual o futuro de uma civilização nascida de cesariana?’” (Odent, 2005)

A hipotensão arterial para as gestantes submetidas a analgesia de parto pode ser penosa tanto para a mãe quanto para o feto, por diminuição da perfusão uterina com consequente redução da actividade uterina e da oferta de oxigénio para o feto. A possibilidade de ocorrer hipotensão arterial após peridural com anestésico local para analgesia de parto já está descrita na literatura, e decorre do bloqueio simpático que se instala. (Souza, Silva, & Filho, 2009) No entanto, estudos feitos relativamente à vitalidade do bebé nascido por parto em que foi usada qualquer das técnicas de analgesia, não são indicadores de alterações observáveis no recém – nascido, através dos sinais avaliados pelo Índice de Apgar. Note-se que estas alterações observáveis dizem respeito ao conceito estabelecido de que o Índice de Apgar só é problemático se for inferior a 7.

Existem outras opções para o parto considerado sem dor, como o parto dentro de água, mas em Portugal apenas existem condições para este tipo de parto, e muito recentemente, no Hospital de S. Bernardo, em Setúbal (Pais & Filhos, 2009); a polémica é acesa entre os defensores do parto dentro de água e os que o consideram como sendo um parto de maior risco para o bebé, uma vez que, segundo um dos opositores deste método, Thomas Stuttford, *“ as baleias são os únicos mamíferos preparados para terem as suas crias dentro de água (Amorim, 2007). Para Michel Odent (2005), “a imersão em água à temperatura do corpo ajuda a reduzir o nível de adrenalina da mulher e estimula a libertação de oxitocina, a hormona - chave do parto. Esta resposta fisiológica leva a uma diminuição da intensidade da dor, ao mesmo*

tempo que facilita a dilatação. Bem-estar, paz interior e maior controlo da situação são os benefícios descritos pela maior parte das mulheres que experimentam esta forma de dar à luz". Vários estudos revelam que a utilização da água no nascimento permite reduzir o número de cesarianas, induções de parto, pedidos de epidural e o uso de fórceps ou ventosas. Um trabalho publicado em Janeiro de 2004 no conceituado British Medical Journal (BMJ), que comparou partos dentro e fora de água, concluía isto mesmo e acrescentava que a imersão em água facilita a dilatação inclusivamente nos primeiros partos (Amorim, 2007).

Os conhecimentos biofisiológicos permitem-nos afirmar que, para todos os mamíferos, a hormona oxitocina, produzida pelo hipotálamo, é libertada para promover as contracções uterinas. No entanto, esta hormona tem uma antagonista, a adrenalina, que trava a libertação da oxitocina. A adrenalina é libertada em situações de perigo e de mal – estar como o sentir-se observado (Odent, 2005). Assim, no parto a *privacidade* é uma das necessidades básicas dos mamíferos – basta observarmos as cadelas ou as gatas, que em condições normais se refugiam em ambientes seguros e recatados para ter as crias.

A adrenalina – “hormona da emergência” – está também implicada na regulação térmica, provocando a vasoconstrição nos ambientes frios e a estimulação do neocórtex, que deve estar o mínimo possível estimulado para o desenvolvimento do parto. O neocórtex é também estimulado, quer verbalmente, quer pela glucose e pelos movimentos musculares, sendo então pouco correcto intervir verbalmente e questionar a parturiente, bem como dar-lhe alimentos ricos em glucose no início do trabalho de parto, ou ainda sugerir à grávida que caminhe para “desenvolver” o trabalho de parto; estará a estimular o neocórtex e a travar a libertação da oxitocina.

No feto humano há um elevado risco de asfixia durante o trabalho de parto, o parto propriamente dito ou período de expulsão e os primeiros minutos de vida. De acordo com a prof^a Marisa Mussi – Pinhata (2009) ocorre hipoxia transitória com as contracções uterinas durante o parto normal, mas o feto saudável tolera-as bem. No entanto, e como com o nascimento cessa abruptamente a circulação feto – placentária, ocorrem alterações fisiológicas profundas que envolvem o sistema cardio - respiratório. Em situações em que estas alterações fisiológicas falham pode ocorrer asfixia, sendo necessária a reanimação imediata do bebé (Pinhata, 2009).

A mesma autora considera cinco causas básicas de asfixia durante o trabalho de parto e parto, como sejam a Interrupção do fluxo sanguíneo umbilical, a falha da troca gasosa através da placenta, a perfusão inadequada do lado materno da placenta, o *comprometimento fetal que leva à não – tolerância da asfixia transitória* e a obstrução

das vias aéreas. As vias aéreas podem ser gravemente obstruídas pela inalação ou aspiração de mecónio (Síndrome de Aspiração de Mecónio) e provocar uma forma de pneumonia de aspiração, responsável por muitos dos óbitos neonatais. Ocorre principalmente em gestações de termo e com bebés de peso adequado para a idade gestacional; a presença de mecónio no líquido amniótico é considerada como decorrente de quadro de hipoxia, podendo representar um factor de sofrimento fetal com efeitos perinatais adversos (Madi, 2003).

Do que se conhece do desenvolvimento do embrião humano, *“o período mais crítico do desenvolvimento do cérebro vai da 3ª à 16ª semanas de gestação, mas o seu desenvolvimento pode ser perturbado depois deste período, pois o cérebro está-se a diferenciar e a crescer rapidamente até ao nascimento e continua a fazê-lo durante os dois primeiros anos após o nascimento”* (Moore, 2008, p. 133).

Olhando concretamente para o trabalho de parto e pensando que várias hormonas estão envolvidas no processo, e que inclusivamente o início do processo é da “responsabilidade” do feto – *“o hipotálamo do feto segrega a hormona libertadora de corticotrofina que estimula a hipófise anterior a produzir a hormona adrenocorticotrofina (ACTH), que por sua vez estimula a segregação de cortisol pelo córtex da glândula supra – renal. O cortisol está envolvido na síntese de estrogéneos que estimulam a contracção do útero”* (Moore, 2008, p. 103) - percebe-se que desde o que se considera “fim de tempo de gestação”, o papel desempenhado pelo feto é participativo no processo do parto, podendo-se pensar que *existindo, por exemplo, imaturidade do desenvolvimento do feto, lesão ou insulto pré – natal, este processo pode iniciar com dificuldade.*

Podemos também intuir que se o parto não é “despoletado” pelo sinal hormonal do feto, mas sim por um agente externo que promove as contracções uterinas, a capacidade de participação no processo de dar – à – luz /chegar – à – luz é-lhe negada ou diminuída. Não sabemos que alterações de leitura/libertação hormonal serão provocadas, mas pelo menos momentaneamente o processo é, como que, baralhado. Se tem ou não consequências para o bebé em algum dos aspectos do desenvolvimento é ainda um campo não – estudado.

O cortisol, para além do seu envolvimento no processo de nascimento, está presente na circulação sanguínea, apresentando níveis mais altos de manhã e mais baixos à noite (ritmo circadiano). Estudos indicam a existência de mudanças na segregação de cortisol em estados depressivos, stress psicológico como situações de medo, dor e em situações de stress fisiológico como a hipoglicémia e a febre. A produção e segregação do cortisol aumentam em quantidades crescentes durante e após a exposição a alguns stressores (Alves, 2006).

É também conhecido que a exposição excessiva ao cortisol provoca lesões nas células do hipocampo que desempenha um papel fundamental, mas ainda não completamente esclarecido na memória; uma lesão do hipocampo pode afectar severamente a memória. Sabe-se da importância do hipocampo na organização dos episódios vivenciados, como um conjunto de informações coerentes em determinado tempo e espaço (Saraiva, 2005).

Um hipocampo intacto possibilita ao animal comparar as condições de uma ameaça actual com experiências passadas similares, permitindo-lhe, assim, escolher a melhor opção a ser tomada para garantir a sua preservação.

Localizado na base do lobo temporal do córtex cerebral, perto de muitas associações nervosas, faz parte do sistema límbico, com ligação através das fibras eferentes para o hipotálamo, tálamo e outras estruturas do sistema límbico; qualquer estímulo sensorial causa a activação de pelo menos alguma área do hipocampo que produz respostas comportamentais.

Lesões no hipocampo provocam a dificuldade/impossibilidade na memorização de informações recentes e impedem a sua “gravação” na memória para utilização em outros contextos – dificultando ou impossibilitando a aprendizagem (Gutteling, 2006).

Assim, somando as conclusões dos autores referidos anteriormente e voltando a pensar nas hipotéticas lesões ou fragilizações do circuito neuronal das emoções nos períodos pré ou peri – natal, por diminuição da satisfação metabólica ou por alterações no processo hormonal que podem ter origem numa dificuldade originada na glândula supra-renal, indo até às hipotéticas dificuldades originadas pela diferença de timing do processo de parto, podemos acrescentar que *a fragilização hipocampal pode dificultar a escolha adequada para a garantia da auto – preservação em qualquer contexto, produzindo respostas comportamentais de luta/fuga, a resposta emotiva mais básica para a sobrevivência.*

O parto, tão natural na raça humana como nas outras espécies animais, envolve muitos riscos para o feto e para a mãe; não é só a passagem para a luz com mais ou menos dor, mas um momento de turbilhão de emoções e de alterações químicas e fisiológicas onde tudo deverá funcionar como uma orquestra. Os tambores devem rufar a compasso, tal como as contracções uterinas provocadas pela libertação de hormonas, os contrabaixos formam a base grave da melodia, tal como a estrutura óssea materna deve alargar a tempo; os violinos vêm com o choro do bebé, em contacto com a luz, a temperatura, a manifestar o seu protesto por ter sido tão apertado durante todo o trabalho de parto. Se a algum dos instrumentos se parte uma corda no momento da exibição, pode ocorrer uma falha importante na execução da

música; mas pode também nem se notar muito perante o ouvido mais distraído ou menos exigente. Quando o ouvido é mais exigente, a falha da corda nota-se e pode eventualmente estragar o conjunto...

O processo é complexo, envolve sistemas autónomos e interdependentes de dois seres e riscos para os dois – mãe e bebé. As alterações podem surgir em qualquer das fases da gestação, do trabalho de parto e do parto propriamente dito, dependendo o seu sucesso - ou a passagem incólume por uma das experiências que tem tanto de belo como de agressivo, doloroso e perigoso – de muitos factores, conforme afluído acima. Os factores de risco para a lesão ou insulto mais estudados são a hipoxia (deficiente oxigenação do sangue fetal) e a anóxia (ausência de oxigenação do sangue fetal), com alterações do equilíbrio ácido – base e possíveis consequentes lesões de gravidade variável, que vão até à irreversibilidade.

Ainda assim, a reversibilidade (felizmente!) ocorre mais vezes do que a irreversibilidade, através da regeneração celular e das “armas” próprias como a *adenosina*. A adenosina é um metabolito “retaliador”, libertado em grandes concentrações para o espaço extracelular quando o cérebro é ameaçado ou se encontra em situação patológica (van Calker, 2005).

Interessa sobretudo perceber que é através do equilíbrio entre inibição/facilitação dos receptores pré-sinápticos dos neurotransmissores, feita pela adenosina que se consegue o funcionamento neuronal normal (van Calker, 2005). Em situações patológicas é este sistema neuroprotector dos neurónios e das células da Glia que previne a patologia/promove a melhoria – resiliência.

3.1 Sobre resiliência

A Resiliência é definida pela Física como a capacidade de um material voltar ao seu estado após ter sofrido tensão, quando suspenso o exercício da tensão.

No campo das relações humanas, o conceito de Resiliência é compreendido como um processo que excede a simples superação de experiências, já que permite ao indivíduo sair fortalecido por elas e superar as dificuldades deparadas, o que necessariamente promove a saúde mental. Tem sido utilizado em psicologia como a capacidade humana de enfrentar adversidades sucessivas ou acumuladas, com o mínimo de disfuncionalidade para o desenvolvimento, agindo com equilíbrio no pensar e no agir (Pecorelli, 2009).

A resiliência pode ser pensada como capacidade de adaptação ou faculdade de recuperação, habitualmente aplicada a situações/contextos mais psicológicos ou sócio - psicológicos e não a factores endócrinológicos ou biológicos. Pensamos poder

atribuir a mesma denominação de resiliência à capacidade que o organismo tem de recuperar de lesões ou feridas e de sintomas pós – traumáticos de stress (Anaut, 2005).

Muito ilustrativa, a imagem metafórica utilizada pelo psiquiatra Dr. Manuel Esteves em contexto académico, para explicar a resiliência: “imaginemos uma folha de relva que é pisada; a folha baixa-se, fica junto ao chão, mas depois de já não ter o peso em cima, gradualmente vai readquirindo a sua posição original. Isto é a resiliência”.

No entanto, deduzimos, se a mesma folha se partir porque o peso é excessivo ou sucede de modo regular e repetido, ou se lhe for infringido um movimento de torção, já não consegue readquirir a posição original.

Mas podemos pôr ainda a hipótese de que a folha de relva não tenha sido partida, mas não tenha resistência suficiente para suportar o peso do nosso corpo ou ainda que o peso exercido seria excessivo para qualquer folha de relva e não só para aquela folha precisa. Ou ainda – e é aqui que queremos chegar - que o nosso sapato tenha um salto fininho e provocou uma pequenina lesão invisível a olho – nu, que não a impede de se reerguer, mas que, na próxima pisadela (no próximo momento em que ocorra stress), a sua capacidade de regressar à posição inicial não será a mesma e começa a murchar. Dito de forma menos metafórica e de acordo com Marie Anaut (2005), a resiliência não é sinónimo de invencibilidade e a vulnerabilidade, ou a menor capacidade resiliente, pode depender da intensidade dos acontecimentos stressantes agudos.

Se pensarmos que o feto na altura do parto sofreu de algum tipo de alteração bioquímica, de hipoxia ou anóxia provocada por qualquer dos factores passíveis de promoção de sofrimento fetal perinatal ou intraparto - considerando que até então o seu desenvolvimento intra-uterino decorreu sem alterações – e tendo em conta que as estruturas cerebrais que estão mais mielinizadas na altura do nascimento são as que fazem parte dos circuitos neuronais das emoções, e por isso mais exigentes metabolicamente mas também mais sujeitas às alterações que possam surgir (Cabral, 2004), podemos alvitar a hipótese de essas alterações perinatais poderem não lesar os circuitos neuronais das emoções, mas sim *fragilizá-los*. Fragilizá-los ao ponto de poder haver descontrolo emocional/comportamental em diversas situações como as em que envolvem desempenhos sociais e respostas cada vez mais elaboradas como a capacidade de tomada de decisões ou ainda em situações em que o contexto sócio – familiar se modifica por alguma razão (perca ou separação de algum elemento da família, o nascimento de irmãos, a entrada para a escola, a mudança de escola, alterações hormonais inerentes ao crescimento/desenvolvimento) ou ainda quando

surgem dificuldades em dar respostas esperadas, como o ser capaz de aprender na escola – factores indutores de stress.

“ (...) a quantidade de cérebro danificada por uma lesão não é o que mais conta nas consequências das lesões cerebrais. O cérebro não é uma extensa massa disforme de neurónios que fazem a mesma coisa onde quer que se encontrem” (Damásio, 1995, p. 59).

Nos anos 70, David de Wied demonstrou as potentes acções centrais dos neuropeptídeos como a vasopressina, a adrenocorticotrofina e a oxitocina nas reacções ao medo: enquanto a oxitocina é amnésica, a vasopressina promove a memorização das experiências temíveis (recorde-se que estas hormonas estão presentes no decorrer do trabalho de parto). Com a identificação dos receptores destes péptidos no cérebro, conseguiu-se perceber a sua importância nas funções cognitivas, nos padrões de comportamento e nas desordens relacionadas com o stress. (Kloet, 2008)

O ponto seguinte esmiúça o stress, focalizando o stress da gestante e de que modo este pode afectar o feto, para enquadrar a segunda parte da questão de investigação, que reflecte a *agressividade que surge em situações de maior exigência pessoal ou do meio, ou em situações de frustração.*

3.2 Sobre o Stress

O stress pode ser definido como o “estado atingido quando há um desequilíbrio perceptível entre as exigências do meio e a capacidade estimada do indivíduo para lidar adequadamente com estas exigências. Este estado pode-se manifestar em 4 níveis: ao nível emocional, subjectivo; ao nível cognitivo; ao nível comportamental e ao nível biológico ou somático”. (Vingerhoets, 2008, pp. 109 - 117)

As exigências do meio podem ser idênticas para duas ou mais pessoas diferentes e todas elas podem reagir de forma diferente às situações colocadas; ainda que ao nível biológico e através de, por exemplo, avaliação da condutância da pele ou medição dos batimentos cardíacos se possa verificar que todas as pessoas sujeitas a determinado estímulo obtiveram resposta fisiológica, a intensidade com que cada uma reage pode ser muito diferente. Essa diferença pode ser aprendida? Ou será inata? Terá a propensão para reacções menos controladas, ou mais exuberantes, origem intra – uterina?

A questão da importância dos factores ambientais pré-natais para o desenvolvimento, comportamento e saúde, tem sido cientificamente estudada desde os anos 40 em seres humanos e até mais cedo, desde o sec. XIX, em embriologia experimental. Tem

sido colocada a hipótese de que o ambiente intra-uterino pode alterar o desenvolvimento do feto durante os períodos particularmente sensíveis, com um efeito permanente para o fenótipo. Mais recentemente o trabalho de Barker¹⁰ deu um grande impulso na pesquisa deste campo em particular. Barker propôs a hipótese da origem fetal de algumas doenças dos adultos (Couppis M.H., 2008). Considera que as adaptações fisiológicas, neuroendócrinas ou metabólicas que permitem ao feto adaptar-se às mudanças na vida intra-uterina resultam numa programação permanente do padrão de desenvolvimento da proliferação e eventos de diferenciação neuronal. Esta descoberta foi replicada em muitos estudos independentes, que sublinham que é o desenvolvimento ponderal e não o peso ao nascer que interessa, focam a importância da nutrição da gestante, mas põem também em evidência o envolvimento do eixo hipotalâmico–pituitário-adrenocortical (HPA). Paralelamente foram desenvolvidos estudos com animais que estabeleceram correlações entre stress pré-natal e disfunção do eixo HPA e os seus sistemas neurotransmissores e comportamento perturbado no filho. Uma descoberta consistente num trabalho realizado em primatas não – humanos conclui que stressar a mãe durante a gravidez tem efeitos adversos na capacidade de atenção, no comportamento neuromotor e na capacidade de adaptação a novas situações indutoras de stress do filho (Couppis M.H., 2008; Van den Bergha, 2005).

A pesquisa das doenças e a sua correlação com alterações ocorridas *in útero* é muito difícil, por serem difíceis de isolar outros factores que também possam estar directamente ligados com o desenvolvimento das patologias, tais como os genéticos e os ambientais pós – natal; as mudanças no modo de vida e na ocupação intelectual são muito frequentes em todas as classes e não existem materiais de pesquisa para determinar se as alterações durante o período pré-natal têm alguma influência no carácter do indivíduo. (Van den Bergha, 2005)

No entanto e apesar da incerteza sobre a existência da relação etiológica, os estudos em humanos permitem evidência suficiente para promover acções preventivas no que diz respeito a uma variedade de desordens da infância. (Van den Bergha, 2005)

Um estudo recente sugere que o stress maternal na gestante resulta numa susceptibilidade geral para a psicopatologia. Outro estudo de 2005 mostra evidência

¹⁰ A Hipótese de Barker tem o nome do investigador (David Barker, Universidade de Southampton) que publicou a teoria em 1997; a teoria defende que a redução do crescimento fetal está fortemente associada com algumas doenças crónicas da vida futura. O aumento da susceptibilidade resulta de adaptações feitas pelo feto a um ambiente limitado no fornecimento de nutrientes. Estas doenças crónicas incluem doença coronária, hipertensão e diabetes. Fonte especificada inválida.

do impacto do stress pré – natal nas funções neuronais e no comportamento do indivíduo; este estudo foi realizado em populações animais; a aplicabilidade dos resultados no neurocomportamento fetal humano e no desenvolvimento da criança tem vindo a ganhar a atenção dos pesquisadores; a potencial importância do stress em determinadas alturas da gravidez para a ocorrência de alterações tem sido salientada. (Austin, 2005)

Durante as últimas duas décadas, estudos relativos a esta matéria têm providenciado evidência científica de que as emoções negativas durante a gravidez estão associadas a dificuldades no parto. Os estudos mais replicados são os que mostram a existência de associação entre elevados níveis de ansiedade e os partos pré – termo.

No sentido da compreensão de como o stress pode ter impacto no feto humano, cientistas têm observado o comportamento fetal em condições basais e após estimulação. Há evidências de que o feto humano desenvolve um leque de respostas comportamentais desde, pelo menos, meio da gestação: respostas ao som, habituação ao stress pré – natal, respostas hormonais, cardiovasculares e respostas de padrão motor ao stress. À medida que a gestação avança, o feto mostra maior variabilidade de resposta ao estímulo e maior frequência cardíaca. Pensa-se que a variabilidade da frequência cardíaca está ligada com a capacidade de auto – regulação da reactividade do sistema nervoso autónomo; alguns autores sugerem que estes padrões de neurocomportamento podem ter um valor preditivo para o temperamento subsequente da criança. (Austin, 2005)

Têm sido estudados dois mecanismos de transmissão do stress materno para o feto: um dos meios diz respeito à passagem através da placenta das hormonas do stress; embora a placenta seja uma barreira eficaz entre os ambientes hormonais do bebé e da mãe e reduza o cortisol a um produto inactivo através das enzimas protectoras da placenta, desconhece-se o impacto do stress materno nestas enzimas, existindo evidências de que estão reduzidas na fase de crescimento intra-uterino. Ainda, quando comparadas as concentrações de cortisol no plasma do feto e da mãe verificou-se a relação linear entre os valores dos dois com evidente concentração mais elevada na mãe do que no feto, o que sugere que se a mãe estiver stressada de modo a aumentar os seus níveis de cortisol, o meio hormonal do feto vai também ser afectado. (Van den Bergha, 2005)

Funções complexas como a regulação emocional e comportamental são mediadas através do córtex pré – frontal. O córtex pré – frontal tem muitas subdivisões e colectivamente estas áreas têm conexões extensivas e recíprocas com todos os sistemas sensoriais, com as estruturas dos sistemas motores, cortical e subcortical,

funções da atenção e estruturas do sistema límbico e córtex pré-frontal envolvidos no afecto, memória e recompensa. As funções do comportamento não estão localizadas no córtex pré – frontal, mas este parece ser essencial (através da acção das suas subdivisões) para o controlo e funcionamento integrado. Por exemplo, o córtex cingulado anterior controla um grupo de funções tais como a motivação, a iniciativa para os desempenhos, a resposta selectiva, a memória de trabalho e detecção de novidades. (Van den Bergh, 2005)

Um estudo prospectivo realizado com 112 crianças com uma média etária de 6,7 anos para analisar a influência do stress materno pré – natal e a aprendizagem e a memória, utilizando o teste de memória e aprendizagem TOMAL concluiu que os eventos na vida da mãe causadores de stress durante a primeira parte da gravidez tinham relação negativa com o índice de concentração e atenção da criança, mas não foram encontradas associações entre os níveis de cortisol materno pré - natal e a capacidade de aprendizagem e memória da criança. (Gutteling, 2006)

A ciência tem pesquisado muito no campo do stress materno pré – natal e de que forma é que este pode provocar alterações fisiológicas e bioquímicas no feto, debatendo-se com as dificuldades metodológicas inerentes aos estudos em seres humanos quer por questões de ética quer por impossibilidade de isolamento de factores. Ainda assim, estudos importantes revelam dados que evidenciam o impacto do stress materno gestacional na angústia precoce dos bebés perante novos estímulos e confirmam que o cortisol facilmente passa a barreira placentária, através de testes feitos a bebés cujas mães receberam tratamento com cortisol durante a gravidez; demonstraram a ocorrência de aumentos bruscos nos níveis de cortisol dos bebés perante estímulos inesperados ou stressantes. (Mohler, 2006)

Outro estudo importante relaciona o stress pré – natal com a reacção de aumento dos níveis de cortisol no primeiro dia de aulas, revelando que surgem em maior número crianças com problemas emocionais e de comportamento que sofreram stress pré – natal do que as não stressadas no período gestacional. (Gutteling B. W., 2005). Estudos feitos em animais sugerem que o eixo HPA é particularmente susceptível aos efeitos stressores quando estes ocorrem precocemente. As experiências feitas em roedores demonstram que o stress pré – natal pode levar a várias diferenças no desenvolvimento pós – natal, dificuldades de aprendizagem e de memória e alterações do comportamento dos animais, com agressividade e inibição dos comportamentos exploratórios de espaços novos. (Egliston, 2006).

No presente estudo, para além das dificuldades metodológicas de isolamento de factores, soma-se-lhes ainda o facto de o Índice de Apgar não ser considerado pela

maioria dos estudiosos como um predictor de patologias. Ainda assim, é a única bateria de testes de avaliação da vitalidade do bebé recém-nascido.

O Índice de Apgar tem sido importante para a tomada de decisões de emergência médica relativamente ao bebé, não sendo visto como uma possível chamada de atenção para o facto de poder ter havido algum aspecto menos feliz, ou que tenha corrido pior durante a gestação, o crescimento intra-uterino ou durante os momentos que antecedem o parto, com o envolvimento hormonal mais intenso ou a menor oxigenação dos tecidos.

Reserva-se este último sub-ponto para precisar melhor a bateria de testes que constitui o Índice de Apgar, pensando nesta avaliação como a forma pós – natal mais precoce de alerta para a possível ocorrência de fragilização dos circuitos neuronais das emoções.

3.3 Sobre o Índice de Apgar

A intenção original de Virgínia Apgar, em 1952, ao estabelecer um sistema de pontos atribuíveis ao recém-nascido era prever a sua sobrevivência, comparar vários métodos de ressuscitação usados na época e através da capacidade de resposta do bebé após o parto, comparar a experiência perinatal em diferentes hospitais. Era esperado que este sistema de atribuição de pontos - o Índice de Apgar (I.A.) – assegurasse uma melhor observação do bebé durante o 1º minuto de vida. O valor deste sistema de atribuição de valores ao bebé direccionado para a pesquisa em neonatologia e para a prevenção de deficits neuromusculares na primeira infância foi demonstrado mais tarde.

O Índice de Apgar (I.A.) é o primeiro teste aplicado ao recém – nascido, e deve ser aplicado aos 60s de vida do bebé, aos 5 minutos e, quando o valor do Índice não atinge o valor 9 ou 10 aos 5 minutos, é outra vez avaliado aos 10 minutos. São avaliados cinco factores, sendo que a cada um deles é atribuída uma pontuação de 0 a 2, sendo que 2 é o valor máximo. Os factores são a pulsação, a respiração, a actividade e tónus muscular, o reflexo de irritabilidade e a coloração da pele.

O método da avaliação de Apgar tem provado ser muito prático como guia para o prognóstico e para a necessidade de observação atenta ou prestação de cuidados na sala de partos ou na enfermaria (Northern, 2001).

Quadro 1 - Classificação Índice de Apgar

| Sinal de Apgar | 2 | 1 | 0 |
|-------------------------------|--|--|---|
| Pulsação | Normal (acima dos 100 bat./min.) | Abaixo de 100 batimentos/min. | Ausência de batimentos |
| Respiração | Grau normal e esforço normal | Vagarosa ou respiração irregular | Ausência de respiração |
| Reflexo de Irritabilidade | Empurra, espirra ou tosse com o estímulo | Apenas realiza movimentos faciais c/ a estimulação | Ausência de resposta à estimulação |
| Actividade e tónus muscular | Activo, movimentos espontâneos | Braços e pernas com pouca movimentação | Sem movimentação, tónus flácido |
| Aparência / Coloração da pele | Coloração rosada em todo o corpo (inclui pés e mãos) | Coloração normal, excepto pés e mãos | Coloração acinzentada ou pálida em todo o corpo |

(Apgar, 1966)

De acordo com a maioria dos estudos, o I.A. só é considerado preocupante se <7 ao 5º minuto. A própria Virgínia Apgar, em “Reflections and Advice” (Apgar, 1966), refere que o sistema ainda não funciona bem como linha de base para estudos de follow – up, por duas razões: a primeira refere-se à demonstração empírica de que o técnico que está a fazer o parto não deve ser quem atribui o valor, invariavelmente o técnico está também emocionalmente envolvido com a situação e inconscientemente não toma decisões precisas no que diz respeito à pontuação total; a segunda razão, adverte a autora, diz respeito aos pontos atribuídos ao 1º minuto, uma vez que, considera, não reflecte propriamente a oxigenação, mas sim o equilíbrio ácido – base; refere ainda ter sido demonstrado que o I.A. ao 5º minuto é mais predictor da sobrevivência do bebé, o que não é de estranhar, pois quanto mais tempo durar a asfixia, maiores serão os danos causados.

Apesar de ser considerado subjectivo – uma vez que depende da observação do técnico de saúde no momento do parto – é ainda o indicador da vitalidade do bebé ao nascer usado na maioria dos países e determina a necessidade de efectuar algum tipo de manobra médica no sentido da reanimação do bebé.

Ainda que consensual entre os técnicos de obstetrícia e alguns teóricos a ideia de que o I.A. de 7 – 10 significa um bebé sadio que provavelmente não terá problemas futuros, não existe nenhum estudo de follow – up ou retrospectivo relativamente aos I.A. inferiores a 10 no que diz respeito à não – doença, ou seja, às dificuldades

mínimas que muitas vezes não se inscrevem nas patologias descritas por não preencherem os critérios diagnósticos, mas cujos comportamentos ou pequenas alterações do comportamento perante situações que promovem a susceptibilidade revelam a fragilidade estrutural de que podem ser portadores.

Para além do I.A., outros testes são aplicados ao recém – nascido até às 24h após o nascimento e antes da alta; exames que determinam a idade gestacional do bebé, que englobam aspectos como por exemplo a cartilagem das orelhas, o diâmetro dos mamilos, as pregas plantares, a genitália e exames neurológicos. No entanto, nenhum destes exames dá a visão imediata da capacidade vital daquele que acabou de ser feto para passar a ser um bebé humano; nenhum outro mostra a capacidade de reacção e de adaptação imediata ao meio extra – uterino, com tão-só as capacidades que existiam no meio anterior.

Na busca da compreensão dos comportamentos agressivos que muitas crianças e jovens apresentam acompanhados ou não de outras características/sintomas como as dificuldades de aprendizagem, a mais ou menos discreta pouca habilidade na execução das tarefas de precisão ou a ligeira “clumsiness”¹¹, as dificuldades mais ou menos ligeiras de articulação das palavras e/ou a linguagem menos rica, este estudo procura abranger as possíveis origens destes comportamentos.

Da pesquisa bibliográfica salienta-se a complexidade e especificidade dos sistemas neuronais, para além da multiplicidade de factores que podem influenciar os comportamentos, que vão desde as alterações endocrinológicas provocadas pelo stress materno pré-natal ou por lesões/alterações estruturais da glândula supra-renal aos factores ambientais, passando pelo momento épico do parto. A possibilidade de ocorrer lesão ou *fragilização* das estruturas responsáveis pelos processos emocionais e conseqüentemente comportamentais existe durante toda a gestação, com maior risco para o final do tempo de gravidez, altura em que o sistema límbico pode ser mais lesado por ser o mais exigente metabolicamente. Os momentos mais próximos dos últimos dias de gestação, no meio ambiente extra-uterino, são aqueles em que são medidos os sinais vitais do bebé. Recorrendo aos resultados dessa medição, o Índice de Apgar, é esperado relacionar este índice com os comportamentos agressivos.

“Embora a composição e a dinâmica exactas das respostas emocionais sejam formadas em cada indivíduo por um desenvolvimento e um ambiente únicos, a evidência sugere que na sua maior parte, ou até na sua totalidade, as emoções resultam de uma longa genealogia de

¹¹Clumsiness – Imperícia ou falta de jeito; adjectivo também utilizado na descrição das Disfunções Cerebrais Mínimas

sintonização evolutiva. Elas fazem parte dos dispositivos bio - reguladores com os quais nascemos preparados para sobreviver.” (Damásio, 1999, p. 21)

Os mecanismos biológicos das emoções são pré-determinados, mas induzidos e modificados por estímulos externos. As memórias emocionais e sensoriais dos estímulos mais primitivos permanecem, sendo “recrutadas” em situações específicas. Por vezes sentimos um odor ou um sabor que nos remete para imagens emocionais mais ou menos precisas relativas a uma situação ancestral na qual sentimos esse mesmo cheiro ou sabor. No mesmo sentido, poderão as situações de stress, frustração ou medo evocar imagens emocionais difusas de perigo vivido in útero? Poderão ser esses momentos de perigo e as memórias difusas dos mesmos que provocam a perda de controlo e as respostas agressivas, numa lógica reactiva de fuga - luta?

Não temos ainda resposta para estas questões. Podemos, no entanto, afirmar a partir do exposto, que as alterações podem ocorrer em qualquer momento da gestação e que o parto é um momento particularmente vulnerável. Podemos também afirmar que as alterações emocionais na gestante, provocadas por stress, alteram também o feto, uma vez que as alterações bioquímicas atravessam a placenta. Sabemos que as alterações do sistema límbico ou do córtex pré – frontal podem significar na prática mudanças no comportamento, muitas vezes com o surgimento de agressividade. Pensámos também que as lesões ou fragilizações ao nível do hipocampo podem alterar a capacidade de leitura do estímulo (percepção) e conseqüentemente de decisão da resposta comportamental ao mesmo estímulo, podendo surgir esta como desadequada. Propomos que os momentos de sofrimento pré ou peri – natais possam ser responsáveis por provocar fragilização dos sistemas neuronais. Sugerimos ainda que o momento mais próximo do estado in - útero é o 1º minuto de vida do bebé, uma vez que nos primeiros 60 segundos de vida o organismo ainda não recebeu estímulos que possam alterar o seu estado vital.

“O nosso design biológico primário distorce as nossas aquisições secundárias relativas ao mundo que nos rodeia.” (Damásio, 1999, p. 21)

Tentaremos verificar no estudo empírico se os valores de Apgar ao 1º minuto nas crianças com agressividade são inferiores ao considerado óptimo. Talvez possamos abrir caminhos para estudos mais específicos ou aprofundados sobre este tema.

CAPÍTULO II

ESTUDO EMPÍRICO

Descrevemos neste capítulo a metodologia utilizada no âmbito do estudo empírico efectuado, para em seguida procedermos à análise e interpretação dos resultados obtidos.

1. Sobre o método do estudo

No decorrer da actividade profissional enquanto Terapeuta Ocupacional, no contexto de Saúde Mental Infantil e Juvenil, muitas têm sido as situações clínicas em que emerge a agressividade como reacção visível de perda de controlo emocional. Surge muitas vezes como manifestação clínica de condições psicopatológicas como na depressão infantil, na hiperactividade com ou sem défice de atenção, nas síndromes de origem genética com contornos psicóticos ou no autismo; no entanto, pode surgir também em situações de psicopatologia não identificada, ou em crianças sem patologia, como sejam a par das dificuldades de aprendizagem escolar, reacções a alterações no contexto sócio – familiar como a separação dos pais, a ausência, doença ou morte de alguém significativo, ou até as dificuldades de interacção social no contexto escolar ou familiar. Uma vez que é a agressividade que surge transversalmente nestas crianças *sem - doença* como queixa de comportamento quer por parte dos pais/cuidadores, quer por parte dos educadores/professores, e habitualmente associada a situações de stress ou ligadas a sentimentos de frustração, é *objectivo* deste estudo focalizar este aspecto, sem no entanto nunca perder de vista a ligação com os outros sinais manifestados por estas crianças e sem retirar a importância determinante que os factores ambientais têm no desenvolvimento/desencadear deste tipo de comportamentos.

A ideia de que, em conformidade com o exposto no Capítulo I, os comportamentos agressivos ou a perda de controlo das reacções emocionais em situações de stress pode estar relacionada com ocorrência de sofrimento fetal intraparto (que, *per si*, será uma experiência promotora de stress agudo de luta pela sobrevivência) e que esse sofrimento pode ser “visível” através dos valores atribuídos ao Índice de Apgar, norteia este estudo e a metodologia aplicada. Desenha-se de modo *exploratório* na tentativa da caracterização, definição e compreensão do fenómeno agressividade e dos contextos que influenciam o processo de nascimento (Rodrigues, 2007), da familiarização com o tema em questão, para permitir fazer o inventário das variáveis susceptíveis de fazerem parte do processo (Jean- Marie de Ketele, 1993, p. 117) e parte da constatação de que as crianças e jovens que procuram as consultas em Saúde Mental Infantil e Juvenil cuja queixa se centra no comportamento agressivo, têm no seu livro de registo de saúde o Índice de Apgar (I.A.) inferior a 10.

Em função do objectivo de estudo, formulamos as questões de investigação:

Questão 1 – O Índice de Apgar ao 1º.minuto pode traduzir ocorrência de sofrimento fetal durante o parto?

Questão 2 – O sofrimento fetal intra - parto ou perinatal (pela possibilidade de libertação excessiva de cortisol) pode estar relacionado com a posterior dificuldade no lidar com as emoções e com o surgimento de comportamentos agressivos em situações de stress?

Questão 3 – O Índice de Apgar abaixo de 10 pode ser predictor de alterações de comportamento com agressividade?

Serão seguidamente descritos os procedimentos utilizados no estudo empírico, para se caracterizar em seguida a amostra da população recolhida.

1.1 Instrumentos

Na recolha de informação empírica recorreremos a análise documental das bases de dados do ficheiro clínico da A.A.I.J. e do arquivo clínico geral do Hospital Dr. José Maria Grande - serviço de obstetrícia (dados de origem primária), numa perspectiva heurística e prospectiva. Foi ainda realizado um inquérito por questionário aos profissionais dos serviços de Obstetrícia e Pediatria – Neonatologia (dirigido a médicos e enfermeiros) com o objectivo de perceber junto de quem utiliza na prática o Índice de Apgar (I.A.), a objectividade/subjectividade deste indicador de vitalidade do recém – nascido. Os dados para serem analisados, assim como o Questionário, foram recolhidos com autorização da Comissão de Ética e do Concelho de Administração da U.L.S.N.A.

No ficheiro clínico da Área de Atendimento Infantil e Juvenil foram recolhidos dados respeitantes ao nº de identificação do processo hospitalar, ao género e ao motivo de pedido de consulta, ao qual chamamos “queixa”. No arquivo clínico do Hospital procurámos, através dos nºs de identificação dos processos recolhidos no ficheiro clínico da A.A.I.J., os respectivos dados de parto, como sejam o número de semanas de gestação, o tipo de parto, os valores do Índice de Apgar ao 1º., 5º.e 10º.minutos, os valores atribuídos aos 5 itens do I.A. (frequência cardíaca, movimentos respiratórios, tónus muscular, reflexos, cor da pele) e as referências a intercorrências de parto representativas de sofrimento fetal (circulares cervicais do cordão umbilical, nós verdadeiros do cordão umbilical, referência a cianose ou máscara cianótica, inalação de mecónio, ruptura precoce de membranas, prematuridade, coloração e/ou cheiro do líquido amniótico).

As questões colocadas aos profissionais de medicina e de enfermagem a exercer nos serviços de obstetrícia e neonatologia – pediatria constantes do questionário aplicado naqueles serviços, centram-se na compreensão da forma como é percebida/utilizada a avaliação do I.A. e a importância dada a este Índice de vitalidade por parte de quem o utiliza no seu dia-a-dia profissional. Os dados de identificação pedidos dizem respeito apenas à profissão, o serviço em que trabalha e o tempo de exercício nesse serviço. É composto por 7 questões fechadas e 3 questões dependentes abertas: a primeira questão pede a opinião técnica sobre se considera que o I.A. ao primeiro minuto pode representar um retrato dos últimos momentos de vida intra – uterina; questiona-se a opinião acerca da objectividade ou subjectividade da avaliação dos diferentes itens que constituem o I.A., procurando na sub – questão seguinte perceber-se qual o item mais considerado semi - dependente ou dependente do avaliador. Questiona-se se um ou mais itens podem suscitar dúvidas no momento de avaliação/atribuição de valor de I.A. e solicita-se a identificação de qual/quais. Pede-se a opinião técnica sobre se as anestésias de parto podem alterar a capacidade vital do bebé ao nascer e sobre qual o tipo de parto aparentemente mais traumático para o bebé; reportando-se à sua experiência profissional, solicita-se que manifeste a preocupação/pouca preocupação/nenhuma preocupação relativa à atribuição do valor I.A.9 ao 1º.minuto e que refira qual o item que com maior frequência qualifica abaixo de 2; dos qualificados abaixo de 2, pede-se que seja identificado o item/itens que exige/m mais cuidados. Para finalizar solicita-se, com base no conhecimento de que os circuitos neuronais das emoções são os mais mielinizados à data do nascimento, e numa lógica de insulto -resiliência/recuperação, refira a sua opinião sobre se os RN que ao 1º minuto têm I.A abaixo de 10, mas que recuperam os valores de vitalidade para 10 ao fim de 5 minutos de vida extra-uterina, se pode considerar ausência de lesão ou de fragilização ao nível das emoções.

1.2 Procedimentos

A pesquisa documental decorreu entre os meses de Janeiro a Abril de 2010, limitada a uma tarde semanal, tendo-se recolhido dados referentes a processos com inscrição no serviço de saúde mental infantil e juvenil desde 2005 a Abril de 2010.

Os registos dos motivos do pedido de consulta constam do registo técnico da entrevista de Acolhimento – primeira entrevista, primeiro contacto dos pais/responsáveis pelas crianças com o serviço, feita na maioria dos casos pela Assistente Social da equipa multidisciplinar e em menor frequência por qualquer um dos outros técnicos da equipa (professora do ensino especial, psicólogo, terapeuta da

fala, terapeuta familiar, pedopsiquiatra e terapeuta ocupacional), onde são identificadas as razões que levam os pais/responsáveis a procurar ajuda para a criança. Os motivos de pedido de consulta são formulados oralmente e registados de modo descritivo no processo individual das crianças. Os motivos de pedido de consulta formulados e registados de diferentes maneiras, foram agrupados em 13 Queixas de acordo com a lógica subjacente aos registos dos discursos, no sentido da objectivação das queixas para poderem ser analisadas:

1. *Avaliação/perturbação do desenvolvimento.* Neste grupo foram incluídas queixas de atraso global do desenvolvimento e atraso psicomotor.
2. *Instabilidade psicomotora.* A instabilidade psicomotora engloba as queixa de inquietude motora e as de não – cumprimento de tarefas até ao fim por inquietude. Não constam desta queixa as crianças com diagnóstico de hiperactividade.
3. *Alterações do comportamento, oposição, agressividade.* Consideraram-se para este grupo as queixas de birras frequentes, dificuldade em aceitar o “não” (dificuldade em lidar com a frustração), com reacções súbitas de choro, gritos, auto ou heteroagressões; reacções súbitas de auto ou heteroagressões em cujos contextos ou motivos os pais/responsáveis não identificam razão; atirar/partir objectos/brinquedos, atirar com portas, agressividade oral e a frequência de comportamentos opositivos que perturbam as relações interpessoais.
4. *Dificuldades de aprendizagem.* Esta queixa engloba as dificuldades na aprendizagem da leitura, da escrita e/ou da matemática.
5. *Problemas articulatórios/fala.* Neste grupo de queixas incluem-se os atrasos e perturbações de linguagem no que diz respeito à sua estruturação e vocabulário, os problemas de voz, as dificuldades ou perturbações articulatórias simples e mistas, a gaguez e as alterações do tónus dos órgãos fonoarticulatórios.
6. *Perturbações do humor.* Foram agrupadas as queixas de humor disfórico e de depressão infantil com tristeza – a depressão infantil pode-se manifestar com instabilidade psicomotora de gravidade variável e com agressividade, mas no momento do Acolhimento esse aspecto não surge muito definido, pelo que apenas as queixas de disforia e de tristeza foram incluídas nas perturbações do humor.
7. *Tentativas de suicídio ou comportamentos parasuicidários.* Incluídos neste grupo de queixas as referências a tentativa de suicídio e/ou ameaça de suicídio.
8. *Autismo.* Crianças que já têm este diagnóstico quando é feito o pedido de ajuda/acompanhamento pelo serviço.
9. *Perturbações do sono.* Embora esta queixa seja na maioria das vezes formulada apenas ao longo da intervenção terapêutica, quando a relação já permite abordar este

aspecto, que não surge com muita frequência nas primeiras entrevistas, as alterações do sono (como os despertares frequentes durante a noite, as dificuldades no adormecer, a necessidade da presença constante do pai ou da mãe durante a noite) são referenciadas no momento do acolhimento mais facilmente para crianças de idades baixas (sensivelmente até aos 3 anos).

10. *Défice de concentração, de atenção ou outras queixas cognitivas.* Consideraram-se as referências à capacidade para estar atento a um ou mais do que um estímulo durante o tempo necessário, à capacidade de compreensão de ordens de diferentes complexidades, à capacidade de abstracção. Queixa que surge muitas vezes ligada à escola, a referências escolares ou que tenham sido feitas aos pais por parte dos professores/educadores; quando são os pais muitas vezes referem esta queixa associada à desmotivação em relação às aprendizagens.

11. *Família disfuncional.* Esta queixa surge formulada pelos pais quando a família está em situação de ruptura evidente; é mais frequentemente transmitida no momento do acolhimento quando este é feito a um responsável que não elemento parental – como um responsável de uma instituição de acolhimento a crianças, por ex., em que a situação sócio - familiar é abordada de modo mais aberto neste momento do percurso terapêutico da criança.

12. *Instabilidade emocional.* Consideraram-se queixas de instabilidade emocional quando o motivo de pedido de consulta refere choros frequentes, exacerbação de contextos vivenciados e dificuldades na gestão das emoções.

13. *Outras queixas.* Nesta queixa, agruparam-se as síndromes genéticas (Down, Prader – Willi, mutação cromossómica do par VII), a Hiperactividade com défice de atenção, sequelas de patologia física como A.V.C. perinatal ou sequelas de tumor intracraniano.

Alguns casos têm múltiplas queixas, embora tivessem sido consideradas para este estudo os principais motivos formulados no momento do Acolhimento. Considerou-se este momento e não outro por nessa fase do percurso do caso no serviço ainda não existir intervenção terapêutica.

Posteriormente e para maior comodidade de leitura dos dados foi feito um reagrupamento das queixas, agrupando as que muitas vezes surgem a par ou estão relacionadas. Assim, criaram-se 3 novas variáveis denominadas q1, q2 e q3 e que correspondem:

Q1 – Avaliação/perturbação do desenvolvimento + Dificuldades de aprendizagem + Problemas articulatórios/fala + Défice de concentração, de atenção ou outras queixas cognitivas

Q2 – Instabilidade psicomotora + Alterações do comportamento, oposição, agressividade + Perturbações do humor + Perturbações do sono + Instabilidade emocional

Q3 – Autismo + Tentativa de suicídio/comportamentos parasuicidários + outras queixas

Não se considerou correcto agrupar a variável Família disfuncional, por não ser uma queixa inerente ao sujeito, embora possa ser determinante para o seu desenvolvimento/comportamento.

As variáveis correspondentes aos dados de parto (semanas de gestação, tipo de parto, intercorrências de parto ou sofrimento fetal) foram correlacionadas com o I.A. nos seus 3 momentos de avaliação (1º, 5º. e 10º.minuto) e o género. Foram correlacionadas também as queixas que surgem como motivo de pedido de consulta no serviço, com o I.A., com o género e com os indicadores de sofrimento fetal.

Uma vez que, à medida que foi sendo feita a recolha de dados do arquivo clínico, se foi verificando uma grande frequência de registos de I.A. 9 ao primeiro minuto, sentiu-se ainda necessidade de verificar num grupo de casos *sem queixa*, a frequência de registos dos Índices de Apgar e das outras variáveis relacionadas com o parto – semanas de gestação, tipo de parto, sofrimento fetal, como forma de verificação da distribuição das frequências dessas variáveis na amostra de crianças sem queixa. Por impossibilidade logística que diz respeito à transição de sistemas informáticos diferentes na ULSNA, que ocorreu em 2008, só foi possível a listagem de nados - vivos a partir de 2008 até 2010. Este facto limita a amostra a esse período e a crianças sobre quem não são apresentadas queixas actualmente, uma vez que têm o máximo de 2 anos e cujos comportamentos – se não têm patologia identificada – apenas são valorizados enquanto *alterações do comportamento* se estes forem muito exuberantes e provocarem alterações severas na dinâmica familiar. Ainda assim, considerámos importante a recolha dos dados para se poder verificar a frequência com que o Índice de Apgar é classificado com valor 9 ou menos, e se ocorreram alterações ao nível perinatal ou intraparto que possam ter levado a registos de sofrimento fetal entre os dados de parto desta amostra.

Uma vez que se foi percebendo haver disparidade, na amostra de casos com queixa, entre a frequência de casos com registos de sofrimento fetal e os valores atribuídos ao I.A. ao primeiro minuto, procurámos também perceber através da aplicação de um

questionário, a opinião dos profissionais de saúde que lidam com os partos, acerca a importância que é atribuída ao I.A., e fundamentalmente em que medida são estes procedimentos dependentes do avaliador.

1.3. Caracterização das amostras

Uma vez que temos para este trabalho três amostras distintas, neste sub – ponto faremos a descrição de cada uma delas de modo diferenciado; estruturámos o sub-ponto de acordo com a sequência com que foi sendo sentida necessidade ao longo da elaboração do trabalho, de procura de mais informação acerca da avaliação da vitalidade do recém – nascido.

A *amostra com queixa*, assim chamada para facilitar a sua descrição ao longo do trabalho, diz respeito às crianças que, por diferentes motivos, têm ou já tiveram, necessidade de acompanhamento por um ou mais técnicos da equipa de saúde mental infantil e juvenil, i.e., crianças sinalizadas para acompanhamento e sobre as quais foi formulada pelo menos uma queixa ou motivo de pedido de consulta; pretende-se pesquisar os valores de I.A. atribuídos ao primeiro, quinto e décimo minutos, a presença de indicadores de sofrimento fetal intraparto e verificar possibilidade de relação com as diferentes queixas formuladas no momento do acolhimento ao serviço, com especial enfoque na agressividade.

A *amostra sem queixa*, assim denominada por ser constituída por crianças que não têm pedido de acompanhamento na equipa de saúde mental infantil e juvenil, pretende verificar a distribuição de frequências de registos de I.A. ≤ 9 e de ocorrências de sofrimento fetal.

A *amostra de profissionais de saúde*, constituída por médicos e enfermeiros dos serviços de obstetrícia e de neonatologia – pediatria, pretende a auscultação das opiniões técnicas dos profissionais que lidam directamente com o Índice de Apgar.

1.3.1. Amostra com queixa

Optou-se por uma amostra *não probabilística do tipo intencional* (Carvalho, 2009) uma vez que o estudo é exploratório e o interesse deste foca o comportamento agressivo em particular (Huot, 1999, p. 23), embora não se pretenda descurar a possibilidade de outras queixas/sintomas poderem estar também relacionadas com o baixo Índice de Apgar ou com o sofrimento fetal intraparto ou perinatal.

Como critério de inclusão define-se a inscrição no serviço a partir do ano 2005. A falta de dados completos, a não identificação da queixa por parte dos pais/encarregados de educação (ocorrem situações em que são outros profissionais a fazer o

encaminhamento da situação para o serviço e os pais não identificam qualquer necessidade de acompanhamento) e as faltas às consultas seguintes (abandono do serviço) definem os critérios de exclusão. A amostra é constituída por 549 casos consecutivos (n=549) inscritos no ficheiro da Área de Atendimento Infantil e Juvenil do Departamento de Psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande, Portalegre a partir do ano 2005 e até Abril de 2010.

Após a pesquisa de dados do arquivo clínico do Hospital e a constatação de que dos 549 casos seleccionados para a amostra no ficheiro clínico da A.A.I.J., 258 (46,9%) ou não têm registos de nascimento no arquivo clínico do hospital ou se têm registos, destes constam muito poucos dados, decidiu-se alterar o n da amostragem para 291, que corresponde aos casos que têm maior número de dados para poderem ser analisados.

1.3.1.1. *Dados de caracterização da amostra relativos ao género, semanas de gestação e tipo de parto*

Da amostra com queixa (n=291) fazem parte 94 meninas e 197 meninos - 32,3% e 67,7%, respectivamente (tabela 1); 49,8% dos bebés da amostra nasceram de partos de termo (de 37 a 42 semanas de gestação), 5,5% de parto pré – termo ou bebés prematuros (com menos de 37semanas de gestação) e 44,7% não têm registo do nº de semanas de gestação no processo clínico (tabela 2).

Tabela 1 – Amostra com queixa
Distribuição de frequências por género

| Género | | |
|-----------|------------|-------------|
| | Frequência | Percentagem |
| Feminino | 94 | 32,3 |
| Masculino | 197 | 67,7 |

Tabela 2 – Amostra com queixa
Distribuição de frequências por semanas de gestação

| Semanas de Gestação | | |
|---------------------|------------|-------------|
| | Frequência | Percentagem |
| [30 a 36] | 16 | 5,5 |
| [37 a 42] | 145 | 49,8 |
| Total | 161 | 55,3 |
| S/registo | 130 | 44,7 |
| Total | 291 | 100 |

No que diz respeito à variável *tipo de parto* verifica-se que, dos registos que existem no arquivo clínico, (12,7% dos casos não tem este registo), 59,1% das crianças nasceram de parto eutócico. Dos partos distócicos, a cesariana foi a opção terapêutica mais vezes tomada, em 19,9% dos casos, a ventosa foi usada em 4,8% dos casos e em 3,4% foram usados fórceps. É de referir que a cesariana surge em alguns casos após terem sido tentadas as outras técnicas terapêuticas (fórceps e ventosa). Nessas situações, quando existe esse registo, optou-se por registar apenas a cesariana na base de dados (tabela 3):

Tabela 3 – Amostra com queixa
Distribuição de frequências por tipo de parto

| Tipo de Parto | | |
|-------------------------|------------|-------------|
| | Frequência | Percentagem |
| Eutócico | 172 | 59,1 |
| Distócico: Fórceps | 10 | 3,4 |
| Distócico: Ventosa | 14 | 4,8 |
| Distócico: Cesariana | 58 | 19,9 |
| Sem registos | 37 | 12,4 |
| Total | 291 | 100 |

1.3.1.2. Dados de caracterização da amostra relativos às Queixas apresentadas:

As queixas mais frequentes para o recurso ao serviço de saúde mental infantil dos casos da amostra do estudo são as relativas ao comportamento (57,7%) e à instabilidade emocional (25,8%). A queixa de dificuldades articulatórias/fala surge em 22% dos casos e as queixas de dificuldades de aprendizagem e de instabilidade psicomotora aparecem em 21,6% da amostra. As queixas de âmbito cognitivo, que englobam a atenção, concentração e a compreensão, aparecem em 14,4% da amostra e as menores percentagens de pedidos têm por base queixas de perturbação do humor (5,8%), perturbação do sono (5,8%), patologias como autismo (1,4%), outras patologias (4,8%) e tentativa de suicídio ou comportamentos parasuicidários (0,3%). A disfuncionalidade familiar surge concomitantemente com outras queixas e é referida no momento do acolhimento em 13,4% dos casos.

Com as queixas agrupadas em Q1, Q2 e Q3 (Q1=Avaliação/perturbação do desenvolvimento + Dificuldades de aprendizagem + Problemas articulatórios/fala + Défice de concentração, de atenção ou outras queixas cognitivas; Q2=Instabilidade psicomotora + Alterações do comportamento, oposição, agressividade + Perturbações

do humor + Perturbações do sono + Instabilidade emocional; Q3=Autismo + Tentativa de suicídio/comportamentos parasuicidários + outras queixas), verifica-se que Q1 surge em 31,3% dos casos, Q2 em 61,2% e Q3 em 7,2% (Tabelas 4, 5 e 6):

Tabela 4 – Amostra com queixa
Distribuição de frequências por Queixas e por agrupamento de Queixas Q1

| Q1: desenvolvimento aprendizagem fala | | | Freq. | % | | Freq.total | % total |
|--|--------------------|-----|-------|------|-----|------------|---------|
| | Queixa: av.desenv. | sim | | 29 | | 10 | sim |
| não | | | 262 | 90 | | | |
| Queixa: d.aprend. | sim | | 63 | 21,6 | não | 200 | 68,7 |
| | não | | 228 | 78,4 | | | |
| Queixa: art/fala | sim | | 64 | 22 | | | |
| | não | | 227 | 78 | | | |
| Queixa .conc./aten/cogn | sim | | 42 | 14,4 | | | |
| | não | | 249 | 85,6 | | | |
| Total | | | 291 | 100 | | 291 | 100 |

Tabela 5 – Amostra com queixa
Distribuição de frequências por Queixas e por agrupamento de Queixas Q2

| Q2: instabilidade motora, emocional, comportamento, agressividade | | | Freq | % | | Freq.total | %total |
|--|----------------|-----|------|------|-----|------------|--------|
| | Queixa inst.pm | sim | | 63 | | 21,6 | sim |
| não | | | 228 | 78,4 | | | |
| Queixa comp. agressividade | sim | | 168 | 57,7 | não | 113 | 38,8 |
| | não | | 123 | 42,3 | | | |
| Queixa pert.humor | sim | | 17 | 5,8 | | | |
| | não | | 274 | 94,2 | | | |
| Queixa pert.sono | sim | | 17 | 5,8 | | | |
| | não | | 274 | 94,2 | | | |
| Queixa inst emocional | sim | | 75 | 25,8 | | | |
| | não | | 216 | 74,2 | | | |
| Total | | | 291 | 100 | | 291 | 100 |

Tabela 6 – Amostra com queixa
Distribuição de frequências por Queixas e por agrupamento de Queixas Q3

| Q3: patologias | | | Freq | % | | Freq.total | %total |
|----------------|----------------------|-----|------|------|-----|------------|--------|
| | Queixa tent.suicídio | sim | | 1 | | 0,3 | sim |
| não | | | 290 | 99,7 | | | |
| Queixa autismo | sim | | 4 | 1,4 | não | 270 | 92,8 |
| | não | | 287 | 98,6 | | | |
| Queixa outros | sim | | 14 | 4,8 | | | |
| | não | | 277 | 95,2 | | | |
| Total | | | 291 | 100 | | 291 | 100 |

1.3.2. Amostra sem queixa

A amostra para o grupo sem queixa é probabilística, constituída de modo aleatório, a partir de uma listagem de nados – vivos desde Janeiro de 2008 até Abril de 2010; por impossibilidade de acesso informático a listagens de nascimentos anteriores a 2008, esta amostra não respeita o mesmo intervalo de tempo da *amostra com queixa*. No entanto foi opção deste estudo utilizar da mesma forma este grupo de casos com o objectivo de verificar a frequência com que os registos de I.A. aparecem em valores inferiores a 10 e a frequência de registos de sofrimento fetal. Foram eliminados 2 casos por já fazerem parte da amostra do estudo. Desta amostra fazem parte 277 crianças (n=277) com idades compreendidas entre os 0 e os 2 anos que não têm registo de pedido de consulta no serviço de saúde mental infantil, Área de Atendimento Infantil e Juvenil. Não temos acesso, no entanto, a dados que nos permitam saber se há qualquer queixa relativa a estes bebés ou a sua inscrição em qualquer outro serviço de saúde, com o objectivo do acompanhamento terapêutico.

1.3.2.1. Dados de caracterização da amostra sem queixa relativos ao género, semanas de gestação e tipo de parto:

Da amostra sem queixa fazem parte 144 meninas e 133 meninos (52% e 48% respectivamente), o que contraria a tendência de distribuição por género da amostra do estudo (tabela 7). Do grupo sem queixa, 94,3% dos bebés nasceram de parto de termo e apenas 5,1% não completaram o tempo de gestação (tabela 8); não foram encontrados registos do nº de semanas de gestação em 2,2% dos casos, uma percentagem consideravelmente menor do que a percentagem de falta de dados relativos à variável *semanas de gestação* na amostra do estudo (44,7%). Relativamente ao nº de gestas de termo existe também uma diferença percentual considerável entre as duas amostras, que pode corresponder aos dados em falta na amostra dos casos com queixa (tabela 8):

Tabela 7 – Amostra sem queixa
Distribuição de frequência por género

| Género | | |
|-----------|------------|-------------|
| | Frequência | Percentagem |
| Feminino | 144 | 52,0 |
| Masculino | 133 | 48,0 |

Tabela 8 – Amostra sem queixa
Distribuição de frequências por semanas de gestação

| Semanas de Gestação | | |
|---------------------|------------|-------------|
| | Frequência | Percentagem |
| [30 a 36] | 10 | 5,1 |
| [37 a 42] | 261 | 94,3 |
| Total | 271 | 99,4 |
| S/registo | 6 | 2,2 |
| Total | 277 | 100 |

Verifica-se que 38,6% dos casos nasceram por parto por cesariana, 44,4% de parto eutócico, 10,8% nasceram de parto vaginal com utilização de fórceps. O parto vaginal com utilização de ventosa foi usado em 6,1% dos casos sem queixa. Para a amostra de crianças sem queixa, os dados do tipo de parto foram registados em 100% dos casos (Tabela 9):

Tabela 9 – Amostra sem queixa
Distribuição de frequências por tipo de parto

| Tipo de Parto | | |
|-------------------------|------------|-------------|
| | Frequência | Percentagem |
| Eutócico | 123 | 44,4 |
| Distócico: Fórceps | 30 | 10,8 |
| Distócico: Ventosa | 17 | 6,1 |
| Distócico: Cesariana | 107 | 38,6 |
| Sem registos | 0 | 0 |
| Total | 277 | 100 |

1.3.3. Amostra de profissionais de saúde

De acordo com os dados que foram sendo recolhidos ao longo dos meses (Janeiro – Abril), foi sendo clara a disparidade encontrada nos processos do arquivo clínico relativos ao nascimento dos indivíduos da amostra de crianças com queixa formulada na Área de Atendimento Infantil e Juvenil, entre os registos de I.A. ao primeiro minuto e os registos de referências a sofrimento fetal intraparto. Sentimos por isso necessidade de auscultar a opinião dos profissionais que lidam de perto com as parturientes, os partos e os recém - nascidos. O questionário elaborado para o efeito (V. Anexo) foi autorizado pela Comissão de Ética e pelo Concelho de Administração da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, ULSNA, e entregue no serviço de obstetrícia (17 enfermeiros e 3 médicos + 9 médicos externos ao Hospital que habitualmente fazem urgência) e no serviço de neonatologia/pediatria (16 enfermeiros

no activo e 3 médicos). Foram explicados aos chefes de serviço e aos chefes de enfermagem dos dois serviços os objectivos do questionário.

No serviço de pediatria a questão levantada como óbice para o preenchimento do questionário por parte dos enfermeiros prendeu-se com o facto de, na opinião da chefe de serviço de enfermagem, os enfermeiros daquele serviço não contactarem directamente com o acto de classificação do Índice de Apgar, recebendo os RN em neonatologia quando estes têm já algumas horas de vida. No serviço de obstetrícia houve maior adesão por parte da equipa de enfermagem, o que não aconteceu com a equipa médica; houve disponibilidade por parte do chefe de serviço quando o questionário lhe foi apresentado, mas não houve retorno de qualquer questionário preenchido por médicos do serviço de obstetrícia. A amostra de inquiridos resumiu-se a 10 profissionais, 8 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, com tempos de exercício profissional nos respectivos serviços de 3 até 16 anos e dos quais 2 são médicos e 8 são enfermeiros.

2. Apresentação e discussão dos resultados

Apresentamos os resultados em primeiro lugar através de análise descritiva dos dados relativos aos valores do Índice de Apgar nos três momentos de classificação e nos seus 5 itens específicos e dos dados que dizem respeito ao sofrimento fetal relativamente à amostra de crianças sinalizadas para as consultas de saúde mental infantil e juvenil e à amostra de crianças não – sinalizadas (*amostra com queixa e sem queixa*, respectivamente); faremos também a análise descritiva da distribuição de frequências por queixas formuladas para apoio no serviço de saúde mental infantil e juvenil, para a *amostra com queixa*. Posteriormente relacionaremos as variáveis através de análise correlativa para discutirmos os resultados.

2.1. Análise descritiva da amostra com queixa: dados relativos ao Índice de Apgar, ao sofrimento fetal e aos 5 itens do I.A:

Dos dados recolhidos, verificou-se que a maioria das crianças da amostra tem registo de Apgar ao 1º minuto de 9 (62,9%) e de 8 (15,1%), o que significa que um ou dois dos itens que registam a sua vitalidade está abaixo do esperado. 8,6% dos casos da amostra do estudo apresentam um registo máximo de I.A. (10) ao 1º.minuto. Com uma percentagem menor(5,8%), mas ainda assim elevada, surge o I.A. com registo total de 7 ao primeiro minuto. As percentagens de I.A. abaixo de 7 para a amostra do estudo perfazem um total de 7,5%. Ao 5ºminuto as percentagens de I.A.= 10 sobem

consideravelmente (82,5%) e ao 10ºminuto atingem os 83,5%, embora o número de processos sem registo deste valor suba para os 14,1%, conforme tabela 10.

Tabela 10 – Amostra com queixa
Distribuição de frequências do Índice de Apgar ao 1ºminuto, 5ºminuto e 10ºminuto

| | Apgar1' | | Apgar5' | | Apgar10' | |
|-----------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | Frequência | Percentagem | Frequência | Percentagem | Frequência | Percentagem |
| 1 | 2 | 0,7 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 2 | 0,7 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | 2 | 0,7 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | 8 | 2,7 | 1 | 0,3 | 0 | 0 |
| 6 | 5 | 1,7 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| 7 | 17 | 5,8 | 6 | 2,1 | 1 | 0,3 |
| 8 | 44 | 15,1 | 8 | 2,7 | 3 | 1,0 |
| 9 | 183 | 62,9 | 27 | 9,3 | 3 | 1,0 |
| 10 | 25 | 8,6 | 240 | 82,5 | 243 | 83,5 |
| Total | 291 | 100 | 285 | 97,9 | 250 | 85,9 |
| S/registo | 0 | 0 | 6 | 2,1 | 41 | 14,1 |
| Total | 291 | 100 | 291 | 100 | 291 | 100 |

É perceptível a capacidade de recuperação vital dos recém – nascidos, ainda que possa haver imediata intervenção dos profissionais nas situações em que o sofrimento fetal intra - parto ou perinatal é considerado/reconhecido como tal. O sofrimento, o esforço ou a dor são inerentes a qualquer parto e o bebé é parte activa do processo, esforçando-se e sofrendo também. A hipoxia, que é natural existir, moderada, breve e transitória num parto considerado sem intercorrências que se traduzam no que se considera “sofrimento fetal”, quando se prolonga deixa de ser breve e passa a causar “sofrimento” e “aflicção” – *stress*.

Tabela 11 – Amostra com queixa
Distribuição de frequências do sofrimento fetal

| Sofrimento fetal | | |
|------------------|------------|-------------|
| | Frequência | Percentagem |
| Sim | 171 | 58,8 |
| Não | 12 | 4,1 |
| Sem registo | 108 | 37,1 |
| Total | 291 | 100 |

De acordo com os dados recolhidos e sintetizados na tabela 11, 58,8% das crianças da *amostra com queixa* tem registos que indiciam sofrimento fetal, 4,1% claramente não tiveram sofrimento e 37,1% não tem registos sobre este dado.

Os dados de sofrimento fetal referem as frequências de registos clínicos de intercorrências da gravidez/parto que possam ser representativas de sofrimento fetal, como sejam as circulares cervicais do cordão umbilical (que podem provocar hipoxia ou anóxia durante o tempo em que decorrer o parto - com menor perigo para o parto por cesariana), a inalação de mecónio, que nos sugere, com base na literatura, que o feto esteve em esforço para respirar e que, na tentativa de se defender da hipoxia esbracejou, esperneou e excretou mecónio para o líquido amniótico, inalando-o e provocando maior obstrução das vias aéreas (Madi, 2003); outro dado representativo de sofrimento fetal é a cor do bebé sobre a qual muitas vezes é referenciada máscara cianótica ou palidez; o nº de horas em trabalho de parto, a ruptura da membrana com perda de líquido amniótico por algumas horas; a hipotonia, hiporeflexia, bradicardia ou taquicardia são também sinais de sofrimento do feto. Embora haja uma grande percentagem de casos sem registo (37,1%), considerou-se *não* haver sofrimento fetal para os casos em que, mesmo com registo 1 no item cor da pele, as observações por extenso relativas ao estado geral do bebé incluem as expressões “bebé com boa vitalidade e tonicidade” ou “choro forte, RN rosadinho” ou ainda “RN com bons sinais vitais”. A percentagem de registos que referem sofrimento fetal é de 58,8% para esta amostra, o que significa que, se olharmos atentamente para os dados relativos à distribuição de frequências de I.A. ao 1º. minuto, para além dos casos com registo de valores de I.A. de 7 ou menos ao primeiro minuto, considerados na literatura como sendo já níveis de risco para o surgimento de lesões neurológicas (que na amostra somam 13,3%), estes registos incluem também todos os casos com registo de I.A.= 8 (15,1%) e 34,5% dos casos têm registo de I.A.= 9.

Comparando os 5 itens avaliados ao 1º minuto, verifica-se que “*cor da pele*” é o item que com maior frequência é classificado abaixo do valor considerado Bom (valor2), em 69,8% dos casos da amostra (tabela 12). A não – existência de uniformização ou objectividade na avaliação da cor da pele do RN permite a classificação de 1 quer para bebés frios e cianosados apenas nas extremidades dos dedos – mãos e pés, quer para os RN com descrições de máscara cianótica ou palidez intensa. O valor 0 foi atribuído apenas a 1 caso da amostra, em 58,8% de registos de sofrimento fetal.

O indicador que mais frequentemente surge classificado com o valor 1 ao primeiro minuto, para além da “*cor da pele*” é o indicador “*reflexos*”, em 11% das crianças da *amostra com queixa*. Os “*movimentos respiratórios*” dos recém nascidos da amostra

foram classificados abaixo de 2 em 10,6% (1= 9,6% e 0= 1%) e o “*tónus muscular*” em 9,9% (1=8,9% e 0= 1%). No indicador “*frequência cardíaca*” o valor zero não existe e com valor 1 estão registados 5,2% dos casos. Não há registos dos itens do IA especificados em 19,6% dos casos da *amostra com queixa*:

Tabela 12 – Amostra com queixa
Distribuição de frequências de qualificação dos 5 itens do I. A. ao 1º. minuto

| | Frequência Cardíaca | | Movimentos respiratórios | | Tónus Muscular | | Reflexos | | Cor da pele | |
|---------|---------------------|------|--------------------------|------|----------------|------|----------|------|-------------|------|
| | Freq. | % | Freq. | % | Freq. | % | Freq. | % | Freq. | % |
| 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 3 | 1 | 4 | 1,4 | 1 | 0,3 |
| 1 | 15 | 5,2 | 28 | 9,6 | 26 | 8,9 | 32 | 11 | 203 | 69,8 |
| 2 | 219 | 75,3 | 203 | 69,8 | 205 | 70,4 | 198 | 68 | 30 | 10,3 |
| S/ reg. | 57 | 19,6 | 57 | 19,6 | 57 | 19,6 | 57 | 19,6 | 57 | 19,6 |
| Total | 291 | 100 | 291 | 100 | 291 | 100 | 291 | 100 | 291 | 100 |

2.2. Análise descritiva da amostra sem queixa: dados de caracterização da amostra relativos ao Índice de Apgar, ao sofrimento fetal e aos 5 itens do I.A:

No que diz respeito à classificação da vitalidade do RN para a amostra sem queixa (Tabela 13), 66,1% dos RN são classificados com 9 no I.A. ao 1º minuto, 15,5% dos bebés têm registos de Apgar8 ao 1º minuto e 9% com registo máximo de Apgar (10). Os RN classificados com valor de 7 no Índice de Apgar ao 1º minuto também são equivalentes nas duas amostras (5,4% para o *a amostra sem queixa* e 5,8% para a *amostra com queixa*). Os registos dos valores de I.A. abaixo de 7, que correspondem a uma muito baixa vitalidade, apresentam também frequências mínimas de 0,4% para a *amostra sem queixa* e 0,7% para a *amostra com queixa*, valores que se assemelham nas duas amostras:

Tabela 13 – Amostra sem queixa
Distribuição de frequências do Índice de Apgar ao 1º minuto, 5º minuto e 10º minuto

| | Apgar1' | | Apgar5' | | Apgar10' | |
|-----------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | Frequência | Percentagem | Frequência | Percentagem | Frequência | Percentagem |
| 0 | 1 | 0,4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 1 | 0,4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 1 | 0,4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | 4 | 1,4 | 2 | 0,7 | 0 | 0 |
| 6 | 4 | 1,4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | 15 | 5,4 | 1 | 0,4 | 1 | 0,4 |
| 8 | 43 | 15,5 | 8 | 2,9 | 1 | 0,4 |
| 9 | 183 | 66,1 | 18 | 6,5 | 2 | 0,7 |
| 10 | 25 | 9,0 | 248 | 89,5 | 260 | 93,9 |
| S/registo | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 | 4,7 |
| Total | 277 | 100,0 | 277 | 100 | 277 | 100 |

Os dados relativos aos registos de sofrimento fetal da *amostra sem queixa* estão sintetizados na tabela 14 e mostram uma grande percentagem de casos com registo de ocorrência de sofrimento fetal ou de intercorrências de parto que podem ser causa de sofrimento fetal:

Tabela 14 – Amostra sem queixa
Distribuição de frequências por sofrimento fetal

| Sofrimento fetal | | |
|------------------|------------|-------------|
| | Frequência | Percentagem |
| Sim | 96 | 34,7 |
| Não | 110 | 39,7 |
| Sem registo | 71 | 25,6 |
| Total | 277 | 100 |

Nesta amostra encontraram-se 34,7% de registos de sofrimento fetal e sem sofrimento fetal registaram-se 39,7% dos casos da amostra. Seguindo a mesma linha de raciocínio aplicada à distribuição de frequências da *amostra com queixa*, se a frequência dos casos da amostra *sem queixa* com registo de sofrimento fetal é de 34,7%, e o somatório das percentagens de registos de I.A. abaixo de 7 ao primeiro minuto é de apenas 9,4%, então os restantes 25,3% perfazem o nº de crianças da amostra com registo de I.A.=8 e desses ainda 9,8% com registo de I.A.=9.

Na amostra *sem queixa* o item que mais frequentemente surge classificado abaixo de 2 é a “*cor da pele*”, que em 46,2% dos casos pesquisados tem valor=1 e em 0,4% valor=0; o indicador “*reflexos*” é classificado com valor=1 em 8,3% dos registos, os “*movimentos respiratórios*” em 7,9% e o “*tónus muscular*” é classificado com o valor=1 em 6,5% dos casos da amostra. Nesta amostra houve 1 RN com “*frequência cardíaca*=0.

Tabela 15 – Amostra sem queixa
Distribuição de frequências dos 5 itens do I.A. ao 1º.minuto

| | Frequência cardíaca | | Movimentos respiratórios | | Tónus Muscular | | Reflexos | | Cor da pele | |
|--------|---------------------|------|--------------------------|------|----------------|------|----------|------|-------------|------|
| | Freq. | % | Freq. | % | Freq. | % | Freq. | % | Freq. | % |
| 0 | 1 | 0,4 | 2 | 0,7 | 2 | 0,7 | 2 | 0,7 | 1 | 0,4 |
| 1 | 7 | 2,5 | 22 | 7,9 | 18 | 6,5 | 23 | 8,3 | 128 | 46,2 |
| 2 | 153 | 55,2 | 137 | 49,5 | 141 | 50,9 | 136 | 49,1 | 32 | 11,6 |
| S/reg. | 116 | 41,9 | 116 | 41,9 | 116 | 41,9 | 116 | 41,9 | 116 | 41,9 |
| Total | 277 | 100 | 277 | 100 | 277 | 100 | 277 | 100 | 277 | 100 |

Note-se a distribuição de frequências de registo dos valores dos 5 itens tendencialmente semelhante nas duas amostras, com valor=1 mais frequentemente

atribuído, por ordem decrescente, à “*cor da pele*”, aos “*reflexos*”, aos “*movimentos respiratórios*”, ao “*tónus muscular*” e por fim à “*frequência cardíaca*”. O valor zero tem uma frequência baixa de registo para as duas amostras.

A necessidade de compreensão dos dados obtidos através da ajuda da opinião dos profissionais de saúde levou-nos ao passo seguinte – o inquérito aos profissionais por questionário.

2.3. Análise dos resultados do inquérito por questionário aos profissionais

A maioria dos profissionais que responderam ao questionário (90%) considera que o Índice de Apgar ao 1º minuto pode representar um retrato da vitalidade dos últimos momentos de vida intra-uterina, 70% consideram que a avaliação dos diferentes itens do Índice de Apgar é Parcialmente Subjectiva, considerando 40% dos respondentes que os itens que podem ser mais subjectivos são “*cor da pele*” e “*reflexos*” seguidos do item “*tónus muscular*”. A frequência cardíaca é considerada parcialmente subjectiva por 20% dos profissionais. No entanto, 50% dos respondentes não têm dúvidas no momento da avaliação de cada item. Dos técnicos que responderam ter dúvidas no momento de atribuir valores aos itens do I.A., 60% referem os “*reflexos*” como item que lhes suscita mais dúvidas, 20% dos respondentes considera também que o “*tónus muscular*” e a “*cor da pele*” suscitam dúvidas na avaliação a 10% dos técnicos. Na questão nº4, que diz respeito à possibilidade de influência das anestésias na vitalidade do bebé e conseqüentemente nos valores do I.A., 90% consideram que as anestésias podem influenciar a vitalidade do bebé. O tipo de parto considerado por um maior nº de profissionais como sendo mais traumático para o bebé é o parto vaginal instrumentado por fórceps (80%), embora os restantes técnicos considerem todos os partos traumáticos para o bebé.

O I.A.= 9 ao 1º minuto não é considerado preocupante para 90% dos profissionais e pouco preocupante para 10%.

O item que é mais vezes qualificado abaixo de 2, de acordo com 70% dos respondentes é a “*cor da pele*”; 10% também afirma qualificar abaixo de 2 o item “*reflexos*” e “*tónus muscular*”. Para 60% dos respondentes o item do I.A. que exige mais cuidados é a “*frequência cardíaca*” e para 30% o “*movimento respiratório*”; para 40% todos os itens exigem cuidados por igual.

A última questão pretendeu recolher opiniões dos profissionais sobre se é possível afirmar que, se o bebé atinge o IA 10 ao 5º ou ao 10º minutos, pode-se considerar que não tem lesão ou fragilização ao nível das emoções. Na opinião de 20% dos respondentes o facto de o bebé atingir o valor 10 ao 5º ou ao 10º minuto não significa

que não tenha ficado com lesão ou fragilização das estruturas neurológicas das emoções, 10% considera que significa a não – lesão e 70% desconhecem estudos que sustentem qualquer das opiniões (Tabela 16).

Embora a amostra de inquiridos seja muito pequena e talvez por isso pouco representativa, atrevemo-nos mesmo assim a pensar nos resultados, por comparação com a distribuição dos dados de parto das duas amostras, com e sem queixa: na opinião da maioria dos profissionais, o I.A. pode representar um retrato dos últimos momentos de vida intra-uterina, em que se inicia o trabalho de parto, ou em que este decorre; a frequência com que o Índice de Apgar é registado com 9 é de 62,9% para a amostra com queixa e de 66,1% para a amostra sem queixa. Dados amavelmente fornecidos por médica pediatra da Maternidade Bissaya Barreto, Coimbra, referentes aos nados – vivos de 2009, reportam o nascimento de 3015 bebés, dos quais 2745 de termo. Destes, 91% tiveram I.A. ≤ 9 ao 1º minuto. Não tivemos acesso à frequência de I.A.=9, mas as percentagens de valores de I.A. parecem ser semelhantes aos valores registados em Portalegre. Ainda, da pequena amostra de profissionais que reponderam ao questionário, metade tem dúvidas na avaliação do I.A. e 70% considera a avaliação do I.A. parcialmente subjectiva. Somando a estas opiniões e dados o facto de que os registos de intercorrências de parto, que podem representar sofrimento fetal, abrangerem nas duas amostras o somatório das frequências observadas de registos de Apgar ≤ 9 , podemos pensar que *todos* os RN com registo de Índice de Apgar ao 1º minuto ≤ 8 tiveram sofrimento fetal e ainda uma parte dos bebés com registo de I.A.=9 ao 1ºminuto também tiveram intercorrências que levaram a sofrimento.

Podemos ainda acrescentar que o valor=9 atribuído ao 1ºminuto pode não representar o estado vital do RN, por suscitar dúvidas acerca da ocorrência ou não de sofrimento fetal intraparto.

A certeza da maioria dos profissionais (90%) acerca da influência que as anestésias exercem sobre a vitalidade do bebé vem levantar uma nova questão que se prende com a utilização das anestésias raquidianas nos partos vaginais; esse dado não consta na maioria dos processos pesquisados e não temos noção dos I.A. dos R.N. de parto vaginal com utilização de epidural. A percentagem de partos por cesariana na amostra com queixa é de 19,9%, o que pode significar cerca de 30% dos casos com I.A. ≤ 9 .

Tabela 16 – Distribuição de respostas ao Questionário

| Ítem | Categorias | Frequência | Porcentagem |
|---|--|------------|-------------|
| 1. O Índice de Apgar ao 1º.minuto pode representar um retrato da vitalidade do bebê nos últimos momentos de vida intra- uterina | Sim | 9 | 90 |
| | Não | 1 | 10 |
| 2. Objectividade da avaliação dos diferentes itens do I.A. | Total/Objectiva | 2 | 20 |
| | Parcial/Subjectiva | 7 | 70 |
| | Total/ Subjectiva | 1 | 10 |
| 2.1 Especificação da subjectividade dos diferentes itens | Freq.cardíaca | 2 | 20 |
| | Mov.respiratório | 0 | 0 |
| | Tónus Muscular | 3 | 30 |
| | Reflexos | 4 | 40 |
| | Cor da pele | 4 | 40 |
| 3. Dúvidas na avaliação do I.A. | Sim | 5 | 50 |
| | Não | 5 | 50 |
| 3.1. Especificação das dúvidas, se as houver | Freq.cardíaca | 1 | 10 |
| | Mov.respiratório | 0 | 0 |
| | Tónus Muscular | 2 | 20 |
| | Reflexos | 3 | 30 |
| | Cor da pele | 1 | 10 |
| 4. As anestésias alteram a vitalidade do recém-nascido | Sim | 9 | 90 |
| | Não | 1 | 10 |
| 5. Tipos de parto: opinião acerca de qual/quais os mais traumáticos | Todos | 2 | 20 |
| | Eutócico | 0 | 0 |
| | Fórceps | 8 | 80 |
| | Ventosa | 0 | 0 |
| | Cesariana | 0 | 0 |
| 6. Opinião acerca da preocupação sentida ou não quando um R.N. apresenta I.A.=9 | Nada preocupante | 9 | 90 |
| | Pouco preocupante | 1 | 10 |
| | Preocupante | 0 | 0 |
| 7. Especificação de qual/quais o/s item/s mais vezes classificado/s abaixo de 2 | Freq.cardíaca | 0 | 0 |
| | Mov.respiratório | 0 | 0 |
| | Tónus Muscular | 1 | 10 |
| | Reflexos | 1 | 10 |
| | Cor da pele | 7 | 70 |
| | Não qualifica | 2 | 20 |
| 7.1 O ítem do Índice de Apgar que, estando abaixo de 2, exige mais cuidados | Freq.cardíaca | 6 | 60 |
| | Mov.respiratório | 3 | 30 |
| | Tónus Muscular | 0 | 0 |
| | Reflexos | 0 | 0 |
| | Cor da pele | 0 | 0 |
| | Todos | 4 | 40 |
| 8. Concordância com a afirmação de que o I.A. abaixo de 10 ao 1ºminuto e de 10 aos 5 ou aos 10min representa ausência de lesão ou fragilização ao nível das emoções | Sim | 1 | 10 |
| | Não | 2 | 20 |
| | Não conheço estudos sobre esse assunto | 7 | 70 |

Olhando para a tabela descritora do Índice de Apgar (Cap. I, 3.3. *Sobre o Índice de Apgar*), percebe-se a pouca mensurabilidade dos itens, com exceção para a frequência cardíaca. Todos os outros são descritos sem objectividade de procedimentos. Pensado para a rápida actuação relativamente a problemas de sobrevivência que possam surgir no decorrer do parto o I.A. parece recorrer a procedimentos de avaliação da vitalidade mais intuitivos. Compreende-se assim que 90% dos profissionais não considerem preocupante o I.A. = 9 ao primeiro minuto; no entanto, da amostra com queixa, cerca de 50% dos casos com registo de Apgar=9 ao primeiro minuto têm também registos de ocorrências que podem ter provocado sofrimento fetal. Da amostra sem queixa, 19,8% dos casos com I.A.=9 têm também registos de sofrimento fetal. No entanto, e como ao fim de 5 minutos muitos dos RN atingiram o valor máximo de I.A., numa perspectiva funcionalista biológica, aparentemente esses bebés estão bem. O que ainda não sabemos é se também estão bem, numa perspectiva neuroemocional.

2.4. Análise correlativa das variáveis

Para o estudo da relação entre as variáveis fizeram-se correlações bivariadas das diferentes variáveis relacionadas com o parto em si, como o nº de semanas de gestação, o tipo de parto e o sofrimento fetal com os 3 tempos de avaliação do I.A.; correlacionaram-se cada uma das variáveis queixa com o I.A. ao 1ºmin, ao 5º e ao 10ºmin e os agrupamentos de variáveis também com os 3 tempos de classificação do I.A. e com as variáveis género, tipo de parto e semanas de gestação. Fez-se o estudo correlacional para a amostra com queixa e também para as variáveis da amostra sem queixa. Descrevemos os resultados por essa ordem.

Verificou-se que não há relação estatisticamente significativa entre o I.A. ao 1º, 5º e 10º minutos e o género (Apgar1 $R = - 0,056$, $p=0,340$; Apgar5' $R = - 0,036$, $p=0,544$; Apgar10' $R = - 0,026$, $p=0,682$), para a amostra com queixa.

No entanto, verificou-se que o nº de semanas de gestação influencia significativamente o Índice de Apgar ao 1º minuto, ($R = 0,220$, $p = 0,005$) como seria de esperar, uma vez que a maturidade do feto poderá permitir uma melhor capacidade de resistência às intercorrências do parto:

Tabela 17 – Correlação das variáveis “semanas de gestação”/“I.A.”

| | | Apgar 1' | Apgar 5' | Apgar10' |
|---------------------|------------|----------|----------|----------|
| Semanas de gestação | N | 161 | 159 | 144 |
| | p | 0,005 | 0,392 | 0,327 |
| | C. Pearson | 0,220** | 0,068 | 0,082 |

** Correlação significativa ao nível $p \leq 0,01$

A variável “tipo de parto” relaciona-se com a variável “sofrimento fetal” de modo negativo ($R = -0,132$, $p = 0,027$) significando que ocorre mais vezes sofrimento fetal nos partos com valor atribuído menor (aos tipos de parto foram atribuídos valores de 1 a 4, respectivamente eutócico, ventosa, fórceps e cesariana) i.e. aos partos eutócicos e vaginal com ventosa (Tabela 18):

Tabela 18 – Correlação “sofrimento fetal” e “tipo de parto”

| | | Sufrimento fetal |
|---------------|-----------|------------------|
| Tipo de parto | N | 277 |
| | p | 0,027 |
| | C.Pearson | - 0,132* |

* Correlação significativa ao nível $p \leq 0,05$

Seria de esperar que o sofrimento fetal também se relacionasse significativamente com o I.A., o que não se verifica; recordando a análise de frequências da amostra com queixa, verificou-se que os registos clínicos de sofrimento fetal não são, na sua maioria, traduzidos no registo do I.A., que surge em 62,9% dos casos da amostra com o valor 9:

Tabela 19 – Correlação “sofrimento fetal” e “I.A. 1, 5 e 10”

| | | Apgar 1' | Apgar 5' | Apgar10' |
|------------------|------------|----------|----------|----------|
| Sofrimento fetal | N | 183 | 179 | 152 |
| | p | 0,074 | 0,104 | 0,488 |
| | C. Pearson | 0,132 | 0,122 | 0,057 |

Pesquisaram-se também as relações entre as mesmas variáveis relativamente à amostra *sem queixa*, tendo-se verificado correlação muito significativa entre as variáveis Apgar1 e sofrimento fetal ($R = 0,305$, $p = 0,000$), e entre a variável Apgar5 e o sofrimento fetal ($R = 0,238$, $p = 0,000$):

Tabela 20 - Correlação Valores de I.A.1', 5' e 10', com sofrimento fetal, semanas de gestação, género e tipo de parto, para a amostra sem queixa

| | | Apgar1 | Apgar5 | Apgar 10 |
|---------------------|-----------|---------|----------|----------|
| N | | 277 | 277 | 277 |
| Semanas de gestação | p | 0,340 | 0,662 | 0,913 |
| | C.Pearson | -0,058 | -0,026 | -0,007 |
| Género | p | 0,829 | 0,611 | 0,065 |
| | C.Pearson | 0,013 | 0,031 | -0,111 |
| Tipo de parto | p | 0,004 | 0,001 | 0,932 |
| | C.Pearson | 0,170** | -0,201** | -0,005 |
| Sofrimento fetal | p | 0,000 | 0,000 | 0,895 |
| | C.Pearson | 0,305** | 0,238** | 0,008 |

** Correlação significativa ao nível $p \leq 0,01$

Encontrou-se relação com significado estatístico negativo, tal como na amostra de crianças com queixa formulada, entre o tipo de parto e o Apgar1 e o tipo de parto e o Apgar5, sendo que à variável “tipo de parto” foram atribuídos valores de 1 a 4 para categorizar os 4 diferentes tipos de parto, sendo o valor 1 o parto eutócico, 2 ventosa, 3 fórceps e 4 cesariana. Este resultado permite afirmar, tal como para a amostra do estudo, que as percentagens de registos de sofrimento fetal são mais frequentes nos partos com valor atribuído mais baixo, ou seja, para as duas amostras, há mais registos de sofrimento fetal nos partos eutócicos e nos partos vaginais com utilização de ventosa do que nos partos com utilização de fórceps e por cesariana.

Não foram encontradas evidências estatísticas de relação entre as variáveis “semanas de gestação” e “género” com as variáveis “Apgar1”, “Apgar5” e “Apgar10”, tal como para a amostra com queixa.

Contrariamente aos dados da amostra com queixa, a amostra sem queixa apresenta uma correlação forte entre o sofrimento fetal e o Índice de Apgar ao 1º e ao 5º minuto, tal como eram esperados encontrar na amostra com queixa. Uma das razões para esta diferença pode dizer respeito a uma melhoria/actualização ou mais cuidado no registo do I.A., por parte das equipas de profissionais, quando ocorrem sinais de sofrimento fetal (já que a amostra sem queixa apenas tem registos de nascimento a partir de 2008 até Abril de 2010 e da amostra com queixa fazem parte crianças e jovens nascidos entre 1994 e meados de 2008). A par da relação estatisticamente significativa entre o sofrimento fetal e o I.A. verifica-se também um maior cuidado no

preenchimento dos processos da amostra sem queixa, com menos faltas nos dados relativos ao parto, como se verificou nas frequências que caracterizam as amostras. Seguindo o caminho traçado na procura de respostas para as questões de investigação, procurámos verificar a relação entre as variáveis de Apgar e as queixas apresentadas, agrupadas em Q1, Q2 e Q3, (Tabela 21):

Tabela 21 – Correlação entre Apgar1, Apgar5 e Apgar10 e Q1, Q2 e Q3

| | | Q1: | Q2: | Q3: |
|----------|------------|----------|---------|---------|
| Apgar 1' | N | 291 | 291 | 291 |
| | p | 0,026 | 0,474 | 0,000 |
| | C. Pearson | - 0,130* | - 0,042 | 0,272** |
| Apgar 5' | N | 285 | 285 | 285 |
| | p | 0,149 | 0,952 | 0,022 |
| | C. Pearson | -0,086 | 0,004 | 0,136* |
| Apgar10' | N | 250 | 250 | 250 |
| | p | 0,087 | 0,270 | 0,234 |
| | C. Pearson | - 0,109 | 0,070 | 0,075 |

* Correlação significativa ao nível $p \leq 0,05$

** Correlação significativa ao nível $p \leq 0,01$

Verifica-se a existência de relação negativa com significado estatístico entre o grupo de variáveis Q1 e o valor do Apgar1' ($R = - 0,130$, $p = 0,026$), significando que quanto menor é o valor do I.A., mais vezes surgem as queixas de perturbações do desenvolvimento, da aprendizagem, da fala e cognitivas; verifica-se uma relação muito significativa entre o Apgar ao 1º minuto e o grupo de variáveis Q3 ($R = 0,272$, $p = 0,000$), podendo-se afirmar que o Índice de Apgar baixo pode ser predictor de sintomatologia enquadrada em patologias como as que estão incluídas no grupo Q3: autismo, PHDA, síndromes de origem genética. Verifica-se ainda uma relação significativa entre o Apgar5' e Q3 ($R = 0,136$, $p < 0,05$). O Apgar baixo ao 5º minuto pode significar que o RN teve mais dificuldade em recuperar/ atingir os sinais vitais esperados, pelo que tem mais probabilidades de desenvolver ou de ser portador de patologia.

Nesta amostra não há relação estatisticamente significativa entre o Apgar10' e qualquer dos grupos de queixas (Tabela 21) e o grupo de queixas Q2 também não encontra significado estatístico na relação das variáveis.

Analisando a correlação das variáveis Queixa unitariamente com as variáveis Apgar1', Apgar5' e Apgar10' (Tabela 22), verifica-se a existência de relação estatística muito

significativa entre a “queixa: outros”, que inclui patologias genéticas, patologia de déficit de atenção com hiperactividade (PHDA), sequelas de tumor e de A.V.C. perinatal e o Apgar1 ($R=0,238$, $p = 0,000$), bem como entre a queixa “autismo” e Apgar1’ e “autismo” e Apgar5’ ($R=0,241$, $p = 0,000$ e $R= 0,310$, $p =0,000$, respectivamente), podendo-se afirmar que o I.A. baixo ao 1º minuto pode ser predictor de patologias como o autismo ou o PHDA e o Apgar ainda baixo ao 5º minuto pode aumentar as probabilidades de existência de patologia do espectro do autismo.

Tabela 22 – Correlação entre Apgar1’,Apgar5’ e Apgar10’ e 13 variáveis Queixa

| Queixas | | Apgar 1' | Apgar 5' | Apgar 10' |
|---|-----------|----------|----------|-----------|
| N | | 291 | 285 | 250 |
| q:ava./ perturb. do desenvolvimento | p | 0,479 | 0,785 | 0,400 |
| | C.Pearson | 0,042 | 0,016 | - 0,053 |
| q: instabilidade psicomotora | p | 0,146 | 0,089 | 0,798 |
| | C.Pearson | 0,085 | 0,101 | 0,016 |
| q: alt. comport./oposição/agressividade | p | 0,226 | 0,019 | 0,174 |
| | C.Pearson | 0,071 | 0,139* | 0,086 |
| q.: dif. de aprendizagem | p | 0,505 | 0,089 | 0,751 |
| | C.Pearson | 0,039 | 0,101 | -0,020 |
| q.: probl. articulat6rios/fala | p | 0,510 | 0,243 | 0,897 |
| | C.Pearson | -0,039 | -0,069 | 0,008 |
| q.: perturbaç6es do humor | p | 0,578 | 0,385 | 0,563 |
| | C.Pearson | -0,033 | -0,052 | -0,037 |
| q.: tentativa de suic6dio | p | 0,314 | 0,719 | 0,876 |
| | C.Pearson | 0,059 | -0,021 | -0,010 |
| q.: autismo | p | 0,000 | 0,000 | 0,825 |
| | C.Pearson | 0,241** | 0,310** | -0,014 |
| q.: perturbaç6o do sono | p | 0,466 | 0,231 | 0,505 |
| | C.Pearson | -0,043 | -0,071 | -0,042 |
| q: d6fice conc./atenç6o/ q. cogn. | p | 0,630 | 0,030 | 0,670 |
| | C.Pearson | 0,028 | 0,129* | -0,027 |
| q.: fam6lia disfuncional | p | 0,464 | 0,200 | 0,873 |
| | C.Pearson | -0,043 | -0,076 | 0,010 |
| q.: instabilidade emocional | p | 0,535 | 0,997 | 0,078 |
| | C.Pearson | -0,037 | 0,000 | 0,112 |
| q.: outros | p | 0,000 | 0,098 | 0,083 |
| | C.Pearson | 0,238** | 0,098 | 0,110 |

* Correlaç6o significativa ao n6vel $p \leq 0,05$

** Correlaç6o significativa ao n6vel $p \leq 0,01$

Verifica-se na correlação das variáveis “queixa: défice de concentração/atenção/outros cognitivos” e Apgar5’ a existência de relação significativa ($R=0,129$, $p=0,030$), significando que os valores vitais mantidos baixos aos 5 minutos de vida extra uterina podem ser predictores de défice de concentração, de atenção ou de outras capacidades cognitivas como a compreensão, a capacidade de abstracção ou outras.

A variável “queixa: alterações de comportamento/oposição/agressividade” relaciona-se de forma estatisticamente significativa com os valores de Apgar5’ ($R=0,139$, $p=0,019$), podendo-se afirmar que os valores vitais do RN abaixo de 10 ao 5º minuto podem ser predictores de alterações do comportamento com agressividade ou comportamentos de oposição (Tabela 22).

Relacionou-se a variável “sofrimento fetal” com os 3 grupos de queixas Q1, Q2 e Q3, tendo-se verificado a existência de uma relação estatística negativa muito significativa com Q1 ($R= - 0,322$, $p=0,000$), podendo-se afirmar que quando há sofrimento fetal, as principais dificuldades sentidas pelos pais/responsáveis das crianças que procuram ajuda, relativamente aos seus filhos/educandos, não dizem respeito às queixas agrupadas em Q1.

Relativamente a Q2, a relação entre esta variável e a variável “sofrimento fetal” é muito significativa do ponto de vista estatístico ($R=0,277$, $p=0,000$), vindo ao encontro da questão 2 de investigação, podendo-se afirmar que o sofrimento fetal pode ser predictor de alterações do comportamento com agressividade/oposição, perturbações do humor, instabilidade psicomotora e emocional e/ou perturbações do sono:

Tabela 23 – Correlação Sofrimento Fetal e Q1, Q2 e Q3

| | | Q1 | Q2 | Q3 |
|------------------|------------|-----------|---------|-------|
| Sofrimento fetal | N | 183 | 183 | 183 |
| | p | 0,000 | 0,000 | 0,907 |
| | C. Pearson | - 0,322** | 0,277** | 0,009 |

** Correlação significativa ao nível $p \leq 0,01$

Considerámos no entanto que seria importante verificar a relação entre a variável sofrimento fetal e cada uma das 13 variáveis queixa, no sentido de perceber concretamente qual das queixas estaria mais fortemente relacionada estatisticamente com a variável sofrimento fetal:

Verificou-se relação negativa muito significativa entre as variáveis “queixa: problemas articulatorios/fala” e “sofrimento fetal” ($R = - 0,351$, $p=0,000$) e entre a “queixa: perturbação do sono” e “sofrimento fetal” ($R = - 0,197$, $p=0,007$). Estas relações

negativas estatisticamente significativas podem significar que nos casos em que há sofrimento fetal surgem menos queixas de perturbações articulatórias/fala e do sono. Verificou-se ainda uma relação muito significativa entre a variável “queixa: alterações do comportamento/oposição/agressividade” e o “sofrimento fetal” ($R=0,269$, $p=0,000$), sendo esta queixa a mais responsável pelos valores de correlação que surgem na análise da variável “sofrimento fetal” com Q2; significa que *as alterações de comportamento/oposição/agressividade podem estar relacionadas com o sofrimento fetal intraparto ou perinatal.*

Tabela 24 – Correlação entre “Sofrimento Fetal” e “Queixas”

| Queixas | Sofrimento fetal | |
|---|------------------|----------|
| N | 183 | |
| Q: avaliação/ pert. desenvolvimento | p | 0,414 |
| | C.Pearson | -0,061 |
| Q.: instabilidade Psicomotora | p | 0,512 |
| | C.Pearson | 0,049 |
| Q: alterações do comportamento/oposição/agressividade | p | 0,000 |
| | C.Pearson | 0,269** |
| Q.: dificuldades de aprendizagem | p | 0,710 |
| | C.Pearson | 0,028 |
| Q.: problemas articulatórios/fala | p | 0,000 |
| | C.Pearson | -0,351** |
| Q.: perturbações do humor | p | 0,653 |
| | C.Pearson | -0,033 |
| Q.: tentativa de suicídio | p | 0,792 |
| | C.Pearson | 0,020 |
| Q.: autismo | p | 0,646 |
| | C.Pearson | 0,034 |
| Q.: perturbação do sono | p | 0,007 |
| | C.Pearson | -0,197** |
| Q.: défice concentração/atenção/outras q. cognitivas | p | 0,270 |
| | C.Pearson | -0,082 |
| Q.: instabilidade emocional | p | 0,156 |
| | C.Pearson | 0,105 |
| Q.: outros | p | 0,368 |
| | C.Pearson | 0,067 |

** Correlação significativa ao nível $p \leq 0,01$

No ponto seguinte faremos a síntese dos resultados obtidos ao longo do estudo; as elações que destes tiramos têm a salvaguarda do tipo de trabalho, uma vez que a procura de bases teóricas e empíricas para novas questões científicas se reveste de alguma imprecisão característica da *exploração* de novos caminhos.

3. Discussão e síntese dos resultados

No sentido de sintetizar os resultados, salvaguardando a abrangência do trabalho de tipo exploratório, faremos a análise crítica dos resultados obtidos, à luz das referências bibliográficas e dos estudos pesquisados para a construção da perspectiva teórica deste estudo, exposta no Capítulo I.

De acordo com o objectivo – verificar a possibilidade de relação entre o Índice de Apgar ao 1º minuto, por ser o indicador de vitalidade do recém – nascido, e as alterações do comportamento com agressividade que surgem em situações de stress na vida das crianças /jovens, desenhou-se este estudo que incluiu a pesquisa bibliográfica, documental, a constituição de 2 bases de dados referentes a duas amostras – *com* e *sem* queixa formulada no serviço de consulta externa de saúde mental infantil e juvenil, um questionário de opinião técnica e a análise dos dados de frequência das variáveis e a correlação entre estas, através de recurso ao programa SPSS – v17.

As questões de investigação foram formuladas de acordo com o objectivo da investigação e com as repostas esperadas e são:

Questão 1 – O Índice de Apgar ao 1º minuto pode traduzir ocorrência de sofrimento fetal durante o parto?

Questão 2 – O sofrimento fetal intra - parto ou perinatal (pela eventual possibilidade de libertação excessiva de cortisol) pode estar relacionado com a posterior dificuldade no lidar com as emoções e com o surgimento de comportamentos agressivos em situações de stress?

Questão 3 – O Índice de Apgar abaixo de 10 pode ser predictor de alterações de comportamento com agressividade?

De acordo com os dados obtidos através da análise da *amostra com queixa* (N=291), verificou-se que, ao contrário do esperado e proposto na 1ª Questão de investigação, *os valores do I.A. ao primeiro minuto não se relacionam com os registos de observações de intercorrências no parto* verificadas nos processos clínicos, indicadoras de sofrimento fetal; o mesmo não se verificou na amostra *sem queixa* (N=277), onde existe uma correlação forte entre as variáveis “Apgar1” e “Apgar5” e a variável “Sofrimento fetal”. Estes resultados inesperados relativamente à amostra do estudo (90% do escasso nº de profissionais de saúde que amavelmente participaram neste estudo através das repostas ao questionário e que lidam directamente com os valores de Apgar, consideram que o I.A. ao 1º minuto de vida do bebé pode representar um retrato de vitalidade dos últimos

momentos de vida intra – uterina) contradizem a ideia de que o Índice de Apgar ao 1º minuto pode ser representativo da existência ou não de sofrimento fetal intraparto para a amostra do estudo, mas no entanto essa hipótese é confirmada na amostra *sem queixa*. O que nos leva directamente à questão da subjectividade do sistema em vigor de avaliação da vitalidade do bebé, que depende em 4 dos seus 5 itens, do avaliador. Dos técnicos que responderam ao questionário, 70% estão de acordo com esta afirmação, embora apenas 50% manifestem dúvidas ao avaliar o RN, o que pode estar de acordo com a maior ou menor experiência de prática clínica neste campo de intervenção. No entanto, mesmo os técnicos mais experientes não podem fugir ao facto de que o único item verdadeiramente mensurável por equipamento, que não a capacidade de observação humana e de “*abstracção técnica das próprias emoções*”, e as técnicas aplicadas, é a *frequência cardíaca*. O Índice de Apgar foi concebido para detectar precocemente dificuldades vitais no recém-nascido, para que também precocemente a actuação possa ser preventiva de lesões neurológicas permanentes ou de óbitos; nesse âmbito a subjectividade não é representativa de problema, uma vez que os técnicos são preparados para actuar em função do salvamento das vidas humanas. Daí talvez a elevada falta de registos numa grande percentagem dos processos pesquisados: da amostra inicial, constituída por 549 casos, 46,9% foram eliminados por falta de dados e mesmo aos 291 restantes faltam alguns dados específicos de cada item do I.A., do nº de semanas de gestação, do tipo de parto ou até dos totais atingidos pela avaliação do I.A. aos R.N., após o 1º minuto de avaliação. Muitos dos R.N. avaliados com 9 no I.A. ao 1º minuto não têm registos do I.A. ao 5º minuto e muitos mais ao 10º minuto. Do total de casos da amostra, 2,1% não têm registos de Apgar ao 5º minuto e em 14,1% dos casos não está registado o valor de Apgar ao 10º minuto. Este dado permite-nos sugerir que, uma vez atingido o Apgar 9 ao 1º minuto, considerado por 90% dos técnicos que responderam ao questionário como *nada preocupante*, podem não ser registados os valores de I.A. nos outros momentos de avaliação por não ser considerado necessário, uma vez que aparentemente o R.N. está bem. Nas situações em que há registos de ocorrências que podem representar sofrimento fetal intra parto, a ligação dos registos por extenso aos valores do I.A. só é coincidente para valores abaixo de 8, em que a preocupação pelo registo completo é mais notória. Registos como “palidez”, “cianose”, “coloração acinzentada” ou “máscara cianótica”, de “circulares cervicais apertadas do cordão umbilical”, ou de “inalação/ingestão de mecónio” surgem frequentemente em I.A. de 8 e de 9, muitas vezes apenas com “cor da pele” = 1.

Dos 291 casos da amostra com queixa, 19,6% não têm registos nos 5 itens do I.A. e 69,8% têm o valor 1 no item “cor da pele”; o registo de ocorrências intraparto que possam ser representativas de sofrimento fetal surge em 58,8% do total da amostra. Na amostra sem queixa (N= 277), a percentagem de RN com I.A.=9 é de 66,1% e o sofrimento fetal registou-se em 34,7%, sendo que 25,6% dos casos desta amostra não têm registos referentes a este aspecto. Foram considerados sem sofrimento fetal os RN em cujos processos há registos de “boa tonicidade”, “choro forte” e “recém – nascido rosado” ao primeiro minuto de avaliação ou os IA de 10 ao 1ºminuto. Sabe-se que a problemas como a placenta prévia, a hipertonicidade das contracções uterinas prolongada, a mudança de posição do cordão umbilical ou a existência de nós no cordão, a ruptura da membrana uterina por mais de 18horas, a hipertensão gestacional, a inalação de mecónio ou a presença desta substância no líquido amniótico, corresponde sofrimento fetal agudo (Van den Bergha, 2005). Sabe-se também que o sofrimento fetal pode levar a lesões neurológicas ou a fragilizações dos sistemas neurológicos. Apoiando-nos na teoria, podemos levantar a ideia de que a libertação de cortisol em excesso pode promover respostas de luta pela sobrevivência (Austin, 2005; Egliston, 2006), *memorizadas* ao nível de alguma das estruturas do circuito neurológico responsável pelo processamento e resposta emocional/comportamento (giro cingulado, hipotálamo, amígdala). O estudo empírico mostra-nos, com a fiabilidade de estudo exploratório, que, para a amostra com queixa formulada, *o sofrimento fetal intra - parto ou perinatal pode estar relacionado com a posterior dificuldade no lidar com as emoções e com o surgimento de comportamentos agressivos em situações de stress*, conforme proposto na segunda questão de investigação.

Para a 3ª questão de investigação não conseguimos obter uma resposta afirmativa, nem negativa: a ideia de poder ser o Índice de Apgar abaixo de 10 ao primeiro minuto predictor de alterações do comportamento com agressividade surge dependente da primeira questão, i.e., *se o valor do I.A. ao primeiro minuto correspondesse a sofrimento fetal, então, poder-se-ia afirmar que os valores abaixo de 10 ao primeiro minuto poderiam ser predictores de alterações do comportamento com agressividade*. Se, por um lado, a teoria aponta para o Índice de Apgar abaixo do valor máximo (10) ao primeiro minuto poder corresponder a um sofrimento acrescido por parte do feto ao longo do desenrolar do processo de parto (Austin, 2005; Egliston, 2006), por outro, o estudo empírico demonstrou que esse sofrimento nem sempre é traduzido pelos registos existentes nos ficheiros pesquisados.

Conclusões

A agressividade, comportamento tradutor de uma emoção que pode ser medo, angústia, cólera, raiva e/ou genuína luta pela sobrevivência, surge não – raras vezes em situações de descontrolo emocional provocadas por stress ou indutoras de stress.

Na prática profissional em saúde mental infantil, em contexto de consulta externa, a abrangência de casos com e sem patologia identificada permite a constatação do surgimento de comportamentos agressivos em crianças/jovens cuja funcionalidade, integração no meio sócio – cultural e familiar, com desenvolvimento psicomotor e capacidades cognitivas adequados, assim como noutras crianças em que há comprometimento de uma ou mais áreas avaliadas, e em crianças com patologia identificada ou em estruturação. A nota comum nestas crianças, para além do comportamento agressivo em si, é o Índice de Apgar abaixo de 10 ao primeiro minuto registado no Livro do Bebê.

O comportamento agressivo, sentido por quem rodeia o indivíduo que o manifesta e pensado por alguns autores como sendo apenas destrutivo, pode ser visto de uma forma mais ampla, fazendo jus à complexidade de que se reveste: sem menosprezar a importância muitas vezes determinante de factores ambientais, educacionais e genéticos, a agressividade traduz na sua essência reacções de *luta* pela sobrevivência e de *fuga* a algo que desperta medo. (Cozolino, 2006) Estas reacções de luta – fuga são sustentadas pela activação do sistema nervoso simpático com o surgimento de um desafio que possa por em causa de alguma forma (física, emocional, psíquica) a integridade do sujeito. Desta forma, pode-se afirmar que a acção visível das emoções – o comportamento – sofre mecanismos mais complexos do que apenas o determinado pelo meio, pela educação e pela experiência. Para além da agressividade, surgem também outras reacções menos visíveis, mensuráveis perifericamente, como a sudação das palmas das mãos, a alteração do ritmo cardíaco, controladas também pelo sistema nervoso autónomo, e o aumento dos níveis de cortisol, a “hormona do stress”.

É conhecido que esta hormona, quando em presença excessiva ou em situação de activação brusca (stress agudo) provoca lesões nas células do *hipocampo*, uma das estruturas do cérebro anterior que é reconhecida como responsável pela avaliação e comparação de situações de ameaça e que se liga directamente ao *giro cingulado*, responsável pela reacção emocional à dor e pela regulação do comportamento agressivo. (Conti, 2005). A *amígdala*, outra das estruturas importantes do eixo *HPA*, é responsável pelo controle das emoções, como a

amizade, amor, ira e agressividade e pelas exteriorizações do humor. De acordo com estudos recentes acerca da influência do stress materno durante a gestação no aumento dos níveis de cortisol das crianças em situações inesperadas/aflitivas, e o surgimento de comportamentos agressivos, depreende-se que o aumento dos níveis de cortisol *in* – útero pode ser promotor de alterações de comportamento nas crianças em situações de stress. (Egliston, 2006), (Mohler, 2006).

O parto, por si só gerador de ansiedade para a gestante pode, pela inerente e natural violência de que se reveste todo o processo, despertar no feto reacções de luta pela sobrevivência e aumentar os níveis de cortisol. Nos partos em que ocorre sofrimento fetal, essa natural luta pela sobrevivência será mais intensa e mais prolongada, pelo que provavelmente haverá níveis de cortisol muito mais elevados. “*Em sofrimento por hipoxia, o feto “esperneia e esbraceja”, abre e fecha a boca energeticamente, relaxa o esfíncter anal e expõe mecónio para a placenta*” (manualmerck, 2009). Esta descrição retrata bem a resposta comportamental e parassimpática de luta pela sobrevivência que o feto manifesta. Numa lógica dedutiva, para uma resposta comportamental tão intensa, deve também haver resposta hormonal de stress agudo. Ainda mantendo o pensamento dedutivo, se há uma resposta hormonal de stress agudo, então *deve haver* comprometimento do hipocampo, da amígdala, do giro cingulado, ou de outra estrutura do eixo HPA, podendo este possível comprometimento ou *fragilização* ser promotor de dificuldades de gestão/controlar emocional e gerar, em situações de stress ao longo do desenvolvimento e evolução, comportamentos de oposição e/ou agressividade. As limitações metodológicas deste estudo (que se prendem por um lado com a pouca consistência dos registos nos processos clínicos, com o óbice de construção da amostra de crianças sem queixa com intervalo de tempo semelhante à amostra do estudo e com a fraca adesão por parte dos profissionais para responder ao questionário proposto, e por outro lado com o tipo de estudo, exploratório, que procura a raiz de uma proposta teórica para ser posteriormente testada), permitem apenas a sua conclusão com afirmações cuidadosas:

No estudo empírico de procura de relação entre a Agressividade e o Índice de Apgar que nos propusemos fazer, encontramos relação estatística entre os registos existentes de intercorrências de parto que possam ter levado a insulto ou sofrimento por parte do feto e o Índice de Apgar ≤ 9 , para a amostra cujos registos nos processos dos respectivos casos são mais completos (a amostra do grupo de crianças *sem queixa*).

Encontrámos relação estatística forte entre o autismo e o sofrimento fetal. Recorde-se que, nos autistas, a percepção, compreensão e gestão das emoções representam algumas das suas dificuldades mais importantes.

Encontrámos também relação estatística entre a queixa de comportamentos agressivos e/ou de oposição e os registos de sofrimento fetal intraparto.

Podemos afirmar que há uma dificuldade evidente de gestão das emoções nas crianças cujo parto decorreu com complicações, mesmo quando aparentemente e ao fim de muito pouco tempo (ao fim de 5 minutos de vida extra – uterina) o bebé se possa encontrar com bons sinais vitais, activo e rosadinho. No entanto, não podemos isolar o factor sofrimento fetal dos factores ambientais e relacionais, pelo que esta afirmação deve ser lida com as devidas ressalvas que lhe são inerentes.

Gostaríamos de poder afirmar que os níveis de cortisol no feto estão criticamente aumentados nos partos em que ocorre sofrimento para o bebé, mas este estudo não se desenhou nesse sentido, sendo no entanto, uma das propostas a lançar a partir do aqui explorado. Sugerimos esta questão como ponto de partida para outro (s) possível/possíveis estudo (s), através, por exemplo, da utilização da medição do cortisol salivar do recém – nascido.

Acrescentamos ainda que este é um campo de investigação fascinante, que tem ainda muitos caminhos para percorrer.

Referências Bibliográficas

- Alves, A. J. (2 de Julho de 2006). *Cortisol como variável em Psicologia da saúde*. Psicologia, Saúde & Doenças, 2006, pp. 165 - 177.
- Amorim, M. J. (14 de Março de 2007). *Fisiologia: Parto na água*. Pais & Filhos .
- Amorim, M. J. (Outubro de 2008). *Menos cesarianas, mais qualidade*. Pais & Filhos .
- Anaut, M. (2005). *A resiliência, ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Apgar, V. (1966). *The Newborn (Apgar) Scoring System: Reflections and Advice*. Obtido em 30 de Dezembro de 2009, de Profiles in Science: <http://profiles.nlm.nih.gov/CP/B/B/J/Y/>
- Barbara M. Gutteling, C. d. (25 de Outubro de 2006). *Does Maternal Prenatal Stress Adversely Affect the Child's Learning and Memory at Age Six?* Journal of Abnormal Child Psychology , pp. 787-796.
- Barbara M. Gutteling, C. W. (6 de Janeiro de 2005). *Prenatal stress and children's cortisol reaction to the first day of school*. Psychoneuroendocrinology , pp. 541-549.
- Bea R.H. Van den Bergh, E. J. (2005). *Neuroscience and Behavioral reviews*. Obtido em 29 de Dezembro de 2009, de www.elsevier.com/locate/neubiorev: <http://www.sciencedirect.com>
- Bea R.H. Van den Bergha, E. J. (2005). *Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links*. Neuroscience and Biobehavioral Reviews , pp. 237-258.
- Briana R. Dias, A. M. (10 de Março de 2005). *Desenvolvimento Neuropsicomotor de Lactentes filhos de Mães que apresentaram Hipertensão arterial na gestação*. Arquivos de Neuropsiquiatria , pp. 632-636.
- C. Keysers, E. K. (14 de Maio de 2003). *Audiovisual mirror neurons and action recognition*. Obtido em 2 de Janeiro de 2010, de [springerlink](http://www.springerlink.com): <http://www.springerlink.com>
- Cabral, P. (2004). *Desenvolvimento psico-motor: variabilidade, perturbações e dificuldades e aprendizagem*. Revista Portuguesa de Clínica Geral , pp. 685 - 699.
- Carvalho, J. E. (2009). *Metodologia do Trabalho Científico*. Lisboa: Escolar Editora.
- Centro Hospitalar de Coimbra. (2009). Obtido em 29 de Dezembro de 2009, de CHCOIMBRA: <http://www.chc.min-saude.pt/serviços/genetica/pw.htm>
- Clara, E. (21 de Maio de 2009). *Humanização do Parto*. Obtido em 4 de Janeiro de 2010, de Humpar, Associação Portuguesa pela Humanização do Parto: http://www.humpar.org/artigo_humanização.htm
- Conti, C. (2005). Universidade Federal do Espírito Santo.

Controversia. (08 de Dezembro de 2009). Obtido em 29 de Dezembro de 2009, de blog.controversia.com: <http://blog.controversia.com.br/2009/12/08/edouard-claparede-um-pioneiro-da-psicologia-infantil/>

Couoiois MH, K. C. (Outubro de 2008). *Differences in aggressive behavior and in the mesocorticolimbic DA system between A/J and BALB cJ mice*.

Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of Human relationships*. Londres: W.W.Norton & Company, pp.14,60, 219

Damásio, A. (1995). *O Erro de Descartes* (6ª. Edição ed.). (D. V. Segurado, Trad.) Lisboa: Publicações Europa - América, pp59, 60 e 71.

Damásio, A. (1999). *O sentimento de si* (16ª Edição ed.). (T. L. Castro, Ed.) USA: Europa - América, p 21.

Dietrich van Calker, K. B. (Outubro de 2005). *The Role of Glial Adenosine Receptors in Neural Resilience*. *Neurochemical Research* , 30, pp. 1205-1217.

Eduardo Marinho Saraiva, J. S. (Janeiro - Dezembro de 2005). *Oscilações do cortisol na depressão e sono/vigília*. *Revista Portuguesa de Psicossomática* .

Ekman, P., & Friesen, W. V. (1969). *The repertoire of the non-verbal behavior: categories, origins, usage and coding*. S.Francisco, Califórnia, E.U.A.

Eugenio Grillo, R. J. (2004). *Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente*. *Jornal de Pediatria* .

Eva Mohler, P. R. (28 de Fevereiro de 2006). *Emotional stress in pregnancy predicts human infant reactivity*. Heidelberg, Germany.

Grunspun, H. (1966). *Distúrbios psiquiátricos da criança* (2ª Edição ed.). Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, S.A., p 374.

Huot, R. (1999). *Métodos quantitativos para as ciências humanas*,p. 23. Lisboa: Instituto Piaget.

Jean- Marie de Ketele, X. R. (1993). *Metodologia da recolha de dados*. Lisboa: Instituto Piaget.

Jerry L. Northern, M. P. (2001). *Hearing in Children*,p. 278.

Jones, R. H. (2005). *HumPar, Associação Portuguesa pela Humanização do Parto*. Obtido em 21 de Dezembro de 2009, de www.humpar.org: <http://www.humpar.org/quemsomos.htm>

José Mauro Madi, E. N. (2003). *Síndrome de Aspiração de Mecónio: análise de resultados obstétricos e perinatais*. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* , pp. 123 -128.

Kerry - Ann Egliston, C. M.-P. (2006). *Stress in pregnancy and infant HPA axis function: conceptual and methodological issues relating to the use of salivary cortisol as an outcome measure*. *Psychoneuroendocrinology* , pp. 1-13.

- Kloet, E. R. (2008). *About Stress Hormones and Resilience to Psychopathology*. *Journal of Neuroendocrinology*, 20, pp. 885-892.
- Li J., L. J. (2009). *Common polymorphisms in the MDGA1 gene are associated with bipolar disorder and schizophrenia in the Chinese Han population*. Shanghai, China.
- manualmerck. (2009). *Merck, Sharp & Dohme*. Obtido em 15 de Julho de 2010, de manualmerck.net: <http://www.manualmerck.net/?id=278&cn=1417>
- Marie-Paule Austin, L. R. (5 de Julho de 2005). Prenatal stress, the hypothalamic–pituitary–adrenal axis, and fetal and infant neurobehaviour. *Early Human Development*, pp. 917–926.
- Moore, K. V. *Embriologia básica* (6ª. edição). Saunders.
- Nassif, L. E., Campos, R.H.F.,(MARÇO de 2005). *O conceito de interesse na Psicologia Funcional de Edouard Claparède: da chave biológica à interpretação interacionista da vida mental*. Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Odent, M. (2005). *Humpar, Associação pela Humanização do Parto*. Obtido em 21 de Dezembro de 2009, de www.humpar.org: <http://www.humpar.org/htm>
- Oliveira, G. M. (2009). www.dominiopublico.gov.br/.../DetalheObraForm.do?.... Obtido em Outubro de 2009, de www.dominiopublico.gov.br: <http://www.dominiopublico.gov.br>
- Pecorelli, I. (2009). *O que é a resiliência?* Obtido em 3 de Janeiro de 2010, de Shvoong: <http://pt.shvong.com/humanities>
- Pinhata, P. M. (2009). <http://www.fmrp.usp.br>. Obtido em 2 de Agosto de 2009, de <http://www.fmrp.usp.br>: http://www.fmrp.usp.br/rpp/downloads/rotinas/asfixia_teorica.pdf
- Pinker, S. (1999). *How the mind works*. Inglaterra: Penguin Books, pp.21, 35
- Pinker, S. (2002). *The blank slate*. Londres: Penguin Books, pp.5,10
- Rand D. Conger, T. N. (22 de Outubro de 2002). *Angry and Aggressive Behavior Across Three Generations: A Prospective, Longitudinal Study of Parents and Children*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, pp. 143-160.
- Rodrigues, W. C. (2007). *Metodologia Científica*. Paracambi, Brasil.
- Serralha, C. A. (19 de Março de 2009). www.uftm.edu.br. Obtido em 3 de Janeiro de 2010, de UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro: <http://www.uftm.edu.br/discorigem/aulas/AVIdiscorigem090319003224.pdf>
- Souza, M. A., Silva, J. L., & Filho, N. L. (Outubro de 2009). *Bloqueio combinado raquiperidural versus bloqueio peridural contínuo para analgesia de parto em primigestas: resultados maternos e perinatais*. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica*, pp. 485-91.
- Vingerhoets, A. (2008). *The assessment of stress*. J.H.D.M. Westerink et al. (eds.), *Probing Experience*, pp. 109-117.

Anexo
Questionário

Questionário

O presente questionário é dirigido a profissionais de saúde dos serviços de obstetria e pediatria e faz parte de um trabalho de mestrado em Terapia Ocupacional, intitulado “Agressividade e Índice de Apgar”, que pretende relacionar o stress pré natal do bebé - provocado por deficiente oxigenação transitória - com dificuldades posteriores no controlo das emoções em situações de stress, mais especificamente com o surgimento de reacções/comportamentos de agressividade em situações de stress ao longo do seu crescimento/maturação.

Agradeço desde já a sua colaboração, esperando não tomar muito do seu tempo.

A Terapeuta Ocupacional,
Guiomar Teixeira

Dados de identificação

Profissão:

Serviço de Obstetria

Serviço de Pediatria

Tempo (aproximado) no exercício da profissão no serviço: _____

1. Na sua opinião, o Índice de Apgar ao 1º minuto de vida do bebé pode representar um retrato da vitalidade dos últimos momentos de vida intra – uterina?

Sim

Não

2. Considera que a avaliação dos diferentes itens que fazem parte do Índice de Apgar é:

Totalmente Objectiva Parcialmente Subjectiva Totalmente Subjectiva

Se respondeu Parcialmente Subjectiva, identifique o(s) item ou itens que pode(m) ser subjectivos _____

3. Há itens no Índice de Apgar que lhe suscitam dúvidas na avaliação?

Sim

Não

Se respondeu Sim, identifique qual /quais: _____

4. Podem as anestésias alterar a vitalidade do recém – nascido?

Sim

Não

5. Qual o tipo de parto que lhe parece mais traumático para o bebé?

6. Da sua experiência profissional, o Índice de Apgar 9 ao 1º. Minuto é:

Nada preocupante Pouco preocupante Preocupante

7. Qual/quais o/os item/itens que mais frequentemente qualifica abaixo de 2?

Frequência Cardíaca

Movimento Respiratório

Tónus Muscular

Reflexos

Cor da pele

8. Qual o item do Índice de Apgar que, estando abaixo de 2, exige mais cuidados?

Frequência Cardíaca

Movimento Respiratório

Tónus Muscular

Reflexos

Cor da pele

9. Os circuitos neuronais das emoções são os mais mielinizados à data do nascimento, logo os metabolicamente mais exigentes, sendo os que podem sofrer mais com os défices de oxigenação. Na sua opinião pode-se afirmar que o Índice de Apgar abaixo de 10 ao primeiro minuto e de 10 aos 5 ou aos 10 minutos representa ausência de lesão ou fragilização ao nível das emoções?

Sim

Não

Não conheço estudos sobre esse assunto

Obs.: _____

Obrigada.

Portalegre, Abril de 2010